



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# **Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen**

Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen  
der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens  
*Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen  
mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*

Anhang zum Abschlussbericht

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Dezember 2018

---

# Impressum

**Thema:**

Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Anhang zum Abschlussbericht

**Ansprechpartner:**

Dr. André Dingelstedt

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

16. Juni 2016

**Datum der Abgabe:**

15. Dezember 2018

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

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

[patientenbefragung@iqtig.org](mailto:patientenbefragung@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

## Inhaltsverzeichnis

**Anhang A: Qualitätsmodell basierend auf dem Zwischenbericht „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“**

**Anhang B: Literaturrecherche**

Anhang B.1: Recherchebericht zum Abschlussbericht der Patientenbefragung

Anhang B.2: Überblick über eingeschlossene Leitlinien, Pflegestandards und HTAs sowie die eingeschlossenen Studien

Anhang B.3: Recherchierte gängige Fragebögen aus der Literatur

**Anhang C: Moderationsleitfäden / Topic Guides der Fokusgruppen und Interviewleitfäden der Einzelinterviews**

**Anhang D: Expertengremium**

Anhang D.1: Interessenkonflikte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums

Anhang D.2: Dokumentation der Beratung zu den einzelnen Qualitätsmerkmalen durch das Expertengremium

**Anhang E: Kognitiver Pretest**

Anhang E.1: Fragebögen im kognitiven Pretest

Anhang E.2: Auszug aus dem kognitiven Leitfaden für das Projekt der Patientenbefragung im QS-Verfahren Schizophrenie

**Anhang F: Standard-Pretest**

Anhang F.1: Fragebögen im Standard-Pretest

Anhang F.2: Übersicht über die Variablen (Codebook)

Anhang F.3: Darstellung der Häufigkeiten sowie Lage- und Streuungsmaße der Items

Anhang F.4: Kurzfragebögen zur Evaluation des Standard-Pretests der Patientenbefragung Schizophrenie

**Anhang G: Biometrische Methodik zur Auswertung der Qualitätsindikatoren**

**Anhang H: Darstellung der Häufigkeiten sowie Lage- und Streuungsmaße der Items in den Qualitätsindikatoren**

## **Anhang A: Qualitätsmodell basierend auf dem Zwischenbericht „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*“**

Mit dem Zwischenbericht „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*“, der dem G-BA am 31. Dezember 2016 vorgelegt wurde, erfolgte eine Darstellung der Entwicklungsergebnisse zum verfahrensspezifischen Qualitätsmodell mit selektierten und nicht selektierten Qualitätsaspekten. Wie in dem Bericht dargestellt, wurden die Qualitätsaspekte anhand der Erkenntnisse einer Literaturrecherche sowie anhand von Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Fokusgruppen mit Pflegekräften und Einzelinterviews mit Ärztinnen und Ärzten sowie Psycho- und Soziotherapeutinnen definiert.

Zur besseren Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Konkretisierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung werden die selektierten Qualitätsaspekte, die das verfahrensspezifische Qualitätsmodell bilden, im Folgenden dargestellt. Im Rahmen der Ableitung der Qualitätsmerkmale (siehe Abschnitt 11.1) haben sich inhaltliche Schärfungen einzelner zugrundeliegender Qualitätsaspekte ergeben, sodass in diesen Punkten das vorliegende Kapitel vom erwähnten Zwischenbericht fortschreibend ergänzt wird. Diese betreffen die Präzisierung psychoedukativer Maßnahmen als strukturierte Psychoedukation, die Präzisierung eines Medikationsplans als schriftliche Übersicht der Medikation für Behandlerinnen und Behandler sowie für Patientinnen und Patienten und außerdem Erläuterungen zu restriktiven Maßnahmen mit Fokus auf den stationären Aufenthalt (Fixierung, Isolation, Zwangsmedikation) und nicht auf Unterbringungen.

### **Selektierte Qualitätsaspekte**

In diesem Abschnitt werden die Qualitätsaspekte beschrieben, die sich zum einen als für die Versorgungspraxis relevant aus den Wissensquellen ableiten ließen und zum anderen aufgrund des mit ihnen verbundenen Verbesserungsbedarfs und -potenzials in das verfahrensspezifische Qualitätsmodell aufgenommen wurden. Qualitätsaspekte, die zwar als relevant für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen anzusehen sind, aber beispielsweise nicht über einen im deutschen Gesundheitssystem ausweisbaren Verbesserungsbedarf verfügen oder nicht mittels des vorliegenden Auftrags abbildbar sind, wurden nicht in das verfahrensspezifische Qualitätsmodell integriert.

Folgende Qualitätsaspekte wurden in das Qualitätsmodell aufgenommen und werden in diesem Abschnitt ausführlich beschrieben:

- Kontinuität, Koordination und Kooperation
- Entlassungsmanagement
- Information und Aufklärung
- Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten
- Psychoedukation
- Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen
- Patientenbezogenes Medikationsmanagement
- Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie
- Psychotherapie (stationär/PIA)
- Suizidalität – Umgang und Prävention
- Komorbidität Sucht
- Somatische Versorgung
- Restriktive Maßnahmen
- Veränderungen der Symptombelastung
- Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus
- Teilhabe
- Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen

#### **Qualitätsaspekte „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ und „Entlassungsmanagement“**

Die beiden Qualitätsaspekte „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ und „Entlassungsmanagement“ greifen die bestehende und im Folgenden zu erläuternde Problematik an den Sektorenübergängen bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis auf.

#### **Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“**

Patientinnen und Patienten, die chronisch oder schwer an Schizophrenie oder schizophrenen und wahnhaften Störungen erkrankt sind, haben häufig einen vielfältigen Unterstützungsbedarf, der sowohl den medizinischen und psychologischen als auch den sozialen Bereich betrifft. Damit wenden sich die Patientinnen und Patienten an ein deutsches Versorgungssystem, das hinsichtlich der Leistungserbringer und Kostenträger, aber auch der unterschiedlichen Leistungsansprüche vielfältig fragmentiert ist (Lawrence und Kisely 2010, Büchtemann et al. 2016, Nolting et al. 2016). Eine strikte sektorale Trennung gilt nicht nur für die Abgrenzung zwischen medizinischer Versorgung und sozialer Unterstützung, sondern setzt sich auch innerhalb der medizinischen Versorgung durch die Unterteilung in ambulante und stationäre Behandlung, Rehabilitation, Wiedereingliederung und Pflege fort und zeigt sich insbesondere an den Übergängen zwischen Sektoren (Schnittstellenproblematik) und innerhalb der Settings (IGES 2014, Schmid et al. 2013, AQUA 2016). Hieraus resultieren große Herausforderungen für die Integration komplexer Behandlungs- und Unterstützungsstrategien in unterschiedlichen Versorgungssettings für Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (Salize et al. 2015).

Die Schnittstellenproblematik wurde auch in den Einzelinterviews mit Ärztinnen und Ärzten, die das IQTIG durchgeführt hat, thematisiert:

*Was sich die Niedergelassenen oft wünschen und wo man sicherlich verbessern kann, ist tatsächlich die Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Ich glaube, da liegt es manchmal noch im Argen. Ja, da gibt es so Kommunikationsdefizite. [...] Und dann findet eben auch nicht eine telefonische Kommunikation statt über das, was da abgelaufen ist und was wichtig wäre, sondern der Patient kriegt einen Kurzbrief mit, da steht die Medikation drin, eine Diagnosemedikation – und das war's. Da gibt es sicherlich Verbesserungspotenzial, da bin ich ganz sicher. (I10: 24)*

Diese Schnittstellenproblematik steht in einem Zusammenhang mit defizitärer Kooperation und Koordination, die ihrerseits zu Kontinuitätsverlusten führt. So sind die Sicherstellung von Kontinuität, Koordination und Kooperation wesentliche Säulen in der Qualitätsbewertung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Der Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ wird im Folgenden in seinen Teilen gegliedert dargestellt und erläutert, da es sich um ein inhaltlich komplexes Konstrukt handelt.

### **Kontinuität**

Bei der Betrachtung der aktuellen Versorgungssituation von Personen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis zeigt sich als ein zentrales Problem die unzureichende oder fehlende Kontinuität in der Behandlung (Tomita und Herman 2015). Dies betrifft sowohl den Übergang zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor als auch die personelle Kontinuität der Behandlerinnen und Behandler im Zeitverlauf. Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störungen werden in Deutschland zurzeit in verschiedenen Sektoren und Bereichen behandelt: ambulant hausärztlich, ambulant fachärztlich, stationär, Pflege und Rehabilitation. Mehr als zwei Drittel der Patientinnen und Patienten nutzen im Rahmen der Behandlung drei verschiedene Versorgungsbereiche, bei einem Drittel sind es sogar vier (IGES 2014). Ein Wechsel, insbesondere zwischen dem stationären und ambulanten Sektor, findet also häufig statt.

Die komplexen Strukturen in Deutschland erschweren es, ein angemessenes, standardisiertes Versorgungsangebot für diese Patientengruppe zur Verfügung zu stellen (Weinmann et al. 2009), und können im Vergleich zu anderen europäischen Ländern zu Effektivitätsverlusten führen (Bock und Lambert 2013). Etwa die Hälfte der Patientinnen und Patienten in Deutschland mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis wurde in den ersten 4 Wochen nach Entlassung aus dem Krankenhaus nicht von einer niedergelassenen Fachärztin oder einem niedergelassenen Facharzt weiter betreut und 21 % der Patientinnen und Patienten hatten außerdem auch keinen Kontakt zu einer Hausärztin oder einem Hausarzt (IGES 2014). In einer Kohortenstudie von Kösters et al. (2016) zeigte sich, dass keine / keiner der Patientinnen und Patienten einen ambulanten Anschlusstermin innerhalb von 7 Tage nach Entlassung erhalten hatte. Ähnliche Ergebnisse ergaben sich auch in den durchgeführten eigenen Untersuchungen

von AQUA (2016) mittels Sozialdaten. Hier zeigte sich, dass nur 39 % der Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung eine Fachärztin oder einen Facharzt aufgesucht haben. Eine Hausärztin oder ein Hausarzt wurde von 66 % innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung aufgesucht. Aber auch die Gewährleistung einer personeller Kontinuität der Behandlerinnen und Behandler wird für diese Patientinnen und Patienten als unzureichend eingeschätzt (Weinmann et al. 2009). Dieser Wechsel von Personen und Zuständigkeiten stellt, besonders auch aus Patientensicht, einen Mangel des bestehenden Versorgungssystems dar (Nolting et al. 2016). In der Literatur sind als Gründe für die mangelnde oder fehlende Kontinuität unter anderem die Krankenhausfinanzierung (Bock und Lambert 2013) und die unterschiedlichen finanziellen Zuständigkeiten für die verschiedenen Unterstützungsbedarfe (Schmid et al. 2013, Nolting et al. 2016, Stierlin et al. 2014) beschrieben.

Ein Ziel einer guten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen ist die persönliche Kontinuität über die Behandlungssettings hinweg. Aufgrund der oben beschriebenen Fragmentierung kann es zu Kontinuitätsverlusten bei der Behandlung dieser Patientinnen und Patienten kommen (Weinmann et al. 2009, Schmid et al. 2013). Aktuell ist in vielen Fällen kein Akteur vorhanden, der systematisch und kontinuierlich die Patientenbegleitung übernimmt (Nolting et al. 2016). Dies machten auch die Patientinnen und Patienten in den Fokusgruppen deutlich:

*Ich fand das auch – also ich find' das schwierig, auch einen Platz zu finden, und wenn es mir schlecht geht, dann habe ich auch gar nicht die Kraft, was zu suchen, und wenn es mir dann wieder gut geht, dann sehe ich nicht ein, für was es gut sein soll. (GD3\_Patienten: 221)*

Besondere Probleme, eine kontinuierliche und umfassende Behandlung zu erhalten, hat gerade die Gruppe von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen, bei denen ein intensiver Behandlungsbedarf besteht (Weinmann und Becker 2009).

Zur Verbesserung der Behandlung wird in der Literatur vielfach eine proaktiv aufsuchende Betreuung dieser Patientinnen und Patienten empfohlen (Nolting et al. 2016, Weinmann et al. 2009, Schöttle et al. 2015, Bock und Lambert 2013). Ein solches Vorgehen wird auch im Hamburger Modell-Projekt umgesetzt, welches zudem die finanziellen Voraussetzungen zum Aufbau eines Assertive Community Treatment (ACT) schafft (Bock und Lambert 2013). Im Rahmen einer Untersuchung zum Case Management bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zeigt sich, dass Peer Support („Betroffene für Betroffene“) neben einer besseren Lebensqualität der Patientinnen und Patienten zu dichteren Behandlungskontakten führt (Bock und Lambert 2013) und damit einen Beitrag zur Kontinuität in der Versorgung dieser Patientinnen und Patienten liefern kann. Ebenfalls als ein Verbesserungspotenzial werden für die Patientinnen und Patienten nachvollziehbare und phasenspezifische Behandlungspläne beschrieben (Van Duin et al. 2013, NCCMH 2014 [2017]), da diese Verbindlichkeit einerseits unter den Leistungserbringern, andererseits für die Patientinnen und Patienten schaffen. Zusammenfassend zeigt sich, dass eine mangelhafte Kontinuität mit Rückfällen, Wiedereinweisungen und einer erhöhten Mortalität der Patientinnen und Patienten einhergeht (van der

Lee et al. 2016). Eine kontinuierliche Behandlung der Patientinnen und Patienten trägt umgekehrt dazu bei, ihre Symptome zu verbessern und die Lebensqualität zu steigern (van der Lee et al. 2016).

### **Koordination**

In qualitativen Studien mit Patientinnen und Patienten wird die Koordination aller Befunde von Fachärzten (somatisch und psychisch) durch den Hausarzt/Facharzt als positiv hervorgehoben (Rogausch et al. 2008, Leutwyler und Wallhagen 2010, Lester et al. 2012). Darüber hinausgehend empfehlen mehrere Leitlinien, dass die verschiedenen Behandlerinnen und Behandler – insbesondere in der Betreuung und Behandlung von, in der Regel komplex erkrankten, Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen – interdisziplinär zusammenarbeiten und unter Einbeziehung der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen einen integrierten Behandlungsplan erstellen sollen (NCCMH 2012 [2016], NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013, NCCMH 2011 [2016]-b). Weiterhin wird eine gut organisierte Entlassung gefordert (siehe Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“). Das Bemühen um eine gute Koordination zwischen allen an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern über die Sektorengrenzen hinweg ist notwendig, um eine Kontinuität in der Versorgung der Patientinnen und Patienten zu erreichen (Bramesfeld et al. 2012). Dies wurde auch vonseiten der Patientinnen und Patienten in den Fokusgruppen so geschildert:

*Ich wäre gerne von meiner Psychologin damals gern weitergeleitet worden zum ambulanten Psychiater oder zum Neurologen, das ist nicht passiert. Deswegen ist lange nichts passiert und das war dann auch erst einmal gut nach der Therapie bei der Psychologin und dann war ich erst einmal auf mich alleine gestellt. (GD4\_Patienten: 71)*

In der aktuellen Literatur wird eine fehlende Abstimmung und Koordination zwischen den Leistungserbringern über die Sektorengrenzen hinweg beklagt (Nolting et al. 2016). Dies bezieht sich auch auf die Klärung der sozialen Zukunft sowie auf die Vorbereitung der Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihrer Entlassung (Nolting et al. 2016). Eine koordinierte Behandlung stellt die medizinisch-somatische Versorgung der Patientinnen und Patienten sicher. Eine Möglichkeit zur Verbesserung einer koordinierten Behandlung ist die Schaffung von gemeindebasierten Behandlungsteams als zuständige Versorgungseinheit über Einrichtungen und Sektoren hinweg. Dieser Ansatz wird in der Literatur vielfach empfohlen (IGES 2014, NCCMH 2011 [2016]-a, SIGN 2013, Dixon et al. 2010).

### **Kooperation**

Ungewitter et al. (2013) haben in ihrer Untersuchung festgestellt, dass Kooperationen vor allem dann notwendig werden, wenn Fälle „schwierig“ und komplex sind. In den vom IQTIG durchgeführten Einzelinterviews mit Ärztinnen und Ärzten sowie Psycho- und Soziotherapeutinnen machte ein Großteil der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner deutlich, dass der Aufbau von Netzwerken und damit die Kooperation der Behandlerinnen und Behandler noch optimiert und erweitert werden sollten:

*Also, was ich jetzt beginne, ist eine integrierte Versorgung. Und ich hoffe, dass das darüber dann vielleicht ein bisschen eher möglich ist, sich darüber so ein bisschen auszutauschen. Im Moment – klar, ich könnte im Krankenhaus anrufen, ich mache auch viele Gutachten. Wenn ich im [Krankenhaus] bin und sehe meine Patienten [lacht], dann winke ich auch mal und frage mal, wie es denen denn jetzt geht – manchmal sehe ich es ihnen auch an. Ja, aber ansonsten: Manchmal rufen die Kollegen auch an oder ich frage bei den Kollegen nach, aber es gibt eher wenig. Das ist der Brief, der dann kommt, wo der Rücklauf dann da ist. (I02: 26)*

Schwierigkeiten in der Kooperation können durch einen fehlenden Überblick der beteiligten Akteure über die Angebote sowie durch fehlende Kontaktinformationen zu einzelnen Einrichtungen entstehen (Ungewitter et al. 2013, Kerkemeyer et al. 2015). Dies zeigte sich auch in den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten:

*Ich fände es auch ganz gut, wenn die Ärzte in der Klinik auch Rücksprache halten mit der Ärztin oder dem Arzt draußen, bei der man in Behandlung ist, weil, ich habe festgestellt, als ich drin war, vor einen Monat war das genau, dass die überhaupt gar keinen Kontakt zu der aufgenommen haben, sondern, die haben einfach ihre Form ihrer Diagnose mir mitgeteilt und dann eben in den Arztbrief, also dem, was sie mir dann mitgegeben haben, reingeschrieben [...]. (GD2\_Patienten: 198f.)*

Zum Thema Kooperation wird in mehreren Leitlinien eine multidisziplinäre, spezialisierte, aufsuchende Versorgung durch mobile Behandlungsteams empfohlen (SIGN 2013, NCCMH 2014 [2017]). Die entsprechenden Strukturen werden vor allem in England und Schottland beschrieben. Vereinzelt finden sich solche und ähnliche Versorgungsansätze auch in Deutschland in Form von integrierten Versorgungsmodellen (Lambert et al. 2014, Schöttle et al. 2015, Moock et al. 2012, Büchtemann et al. 2016, Härter et al. 2015). Diese Möglichkeiten werden in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern aufgrund struktureller Gegebenheiten noch wenig umgesetzt (Schmidt-Kraepelin et al. 2009). Mittels IV-Versorgung kann die Kooperation zwischen den Versorgungssektoren jedoch verbessert werden (Schmidt-Kraepelin et al. 2009) und die Effektivität und Effizienz der Behandlung erhöht werden (Schöttle et al. 2013).

Es gibt verschiedene Ansätze integrierter Versorgungssettings, wie Home Treatment und ACT, sowie über die eigentliche medizinisch/psychosoziale Versorgung hinausgehende Ansätze zur Integration der Patientinnen und Patienten ins Arbeitsleben, wie das sogenannte Supported Employment. Home Treatment verfolgt primär das Ziel die Häufigkeit und Dauer stationärer Behandlungsepisoden zu reduzieren. Die Effektivität konnte in mehreren Studien nachgewiesen werden (Becker 2014, Weinmann et al. 2009). ACT wird als eine nachgehende gemeindepsychiatrische Behandlung durch aufsuchende Betreuung im häuslichen Setting durch ein multiprofessionelles Behandlungsteam definiert (Becker 2014). Studien zeigen eine Reduktion stationärer Wiederaufnahmeraten, verbesserte Compliance und Lebensqualität unter ACT-Behandlung ins-

besondere bei schwer und komplex erkrankten und/oder wohnungslosen psychotischen Patientinnen und Patienten mit einem hohen Risiko für stationäre Wiederaufnahmen (Becker 2014, Dixon et al. 2016, SIGN 2013, NCCMH 2014 [2017], Dixon et al. 2010, Jørgensen et al. 2016, Jørgensen et al. 2015).

In einer Studie wird beschrieben, dass es auch in Deutschland Defizite bei Kooperationen zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie anderen nicht ärztlichen Professionen gibt (Ungewitter et al. 2013). Insbesondere seien die ambulanten Leistungserbringer in vielen Regionen nicht ausreichend vernetzt, sodass es zu ungenutzten Ressourcen und Synergien komme (Fischer et al. 2014). Die Notwendigkeit von Kooperationen zeigt sich auch am Beispiel der Pharmakotherapie. Hier empfiehlt NCCMH (2014 [2017]) eine Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie, da dies die Effektivität letzterer erhöht.

### **Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“**

Zunächst ist für diesen Aspekt zu betonen, dass er sich auf die Entlassung der Patientinnen und Patienten aus dem stationären Sektor Bereich bezieht, da nur dieser Übergang mit dem zu entwickelnden QS-Verfahren adressierbar ist. Die Entlassung aus einer Rehabilitation ist nicht Teil dieses QS-Verfahrens und kann somit nicht Teil dieses Qualitätsaspekts sein.

Sowohl in der aktuell in Überarbeitung befindlichen deutschen Leitlinie zu Schizophrenie als auch bei NCCMH (2014 [2017]) und in den vom IQTIG durchgeführten Einzelinterviews wird ein Entlassungsmanagement gefordert, das sich u. a. durch eine frühzeitige Kontaktaufnahme und Kommunikation der stationären und ambulanten Behandlerinnen und Behandler für zu entlassende Patientinnen und Patienten, durch die Sicherstellung einer nahtlosen medikamentösen Therapie und durch Gesprächsangebote und komplementäre Strukturen bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten auszeichnet. Dies zeigte sich auch so in den leitfadengestützten Interviews mit Ärztinnen und Ärzten: „[...] Entlassungsmanagement bedeutet, dass Kontakt schon hergestellt ist, bevor er entlassen wird.“ (I11: 63)

Die Grundlage zur Durchführung eines Entlassungsmanagements ist die multidisziplinäre Zusammenarbeit der beteiligten Professionen in den unterschiedlichen Sektoren (DNQP 2009). Zu den verschiedenen Unterstützungsangeboten für Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis gehören pharmakologische, psychosoziale, berufsbezogene und aufklärende Maßnahmen (NCCMH 2014 [2017]), die es zu koordinieren gilt. Ein möglicher fehlender Austausch und mangelnde Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsprofessionen im Krankenhaus und in der ambulanten Versorgung werden in qualitativen Studien als besonders problematisch wahrgenommen (Jürgensen et al. 2014, Mestdagh und Hansen 2014). Insbesondere bei besonders vulnerablen Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, bei denen zu erwarten ist, dass sie die Therapie abbrechen und keine Unterstützungsangebote mehr aufsuchen werden, wird eine intensive Fallbetreuung empfohlen (NCCMH 2014 [2017]). So ist bei der Medikation dieser Patientinnen und Patienten mit Abbruchraten von 50 % zu rechnen (Leucht et al. 2009). Insgesamt, aber gerade auch bei der Entlassung einer Patientin oder eines Patienten und bei Komplikation durch eine zusätzlichen Suchterkrankung

kung wird empfohlen, den koordinierenden Behandlerinnen und Behandler zu kennen und einen schriftlichen Behandlungsplan mit der weitergehenden Therapieplanung und patientenspezifischen Bedürfnissen zur Verfügung zu stellen (NCCMH 2011 [2016]-a, DNQP 2009, NCCMH 2014 [2017]). Als ein zentraler Punkt für ein gelungenes Entlassungsmanagement wird in der Literatur ebenfalls die Einbeziehung der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen in die bevorstehende Entlassung genannt. Diese sollte rechtzeitig und umfassend erfolgen und mit der Patientin oder dem Patienten gemeinsam individuell geplant werden (Lester et al. 2012, DNQP 2009, NCCMH 2011: 27-46). Hierbei sollte auch die häusliche Situation der Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden (NCCMH 2011 [2016]-b). Außerdem sollte die Überweisung oder Entlassung nicht abrupt erfolgen, sondern mit der Patientin oder dem Patienten vorher besprochen und geplant werden (NCCMH 2011 [2016]-b). Eine solche Vorbereitung der Patientinnen und Patienten wurde auch in den leitfadengestützten Interviews beschrieben:

*Das ist schon so ein bisschen Stress so eine Entlassung, den wir versuchen zu reduzieren, indem wir z. B. den Patienten vorher über Nacht nach Hause schicken: Probeübernachtung, am Wochenende, regelmäßig. Also, eigentlich geht niemand nach Hause, der nicht schon einmal zuhause geschlafen hat.*  
(I10: 58)

Der Übergang von stationärer Behandlung zu ambulanter Weiterversorgung ist wiederholt problematisch, was in der Literatur mit oftmals fragmentierten und komplexen Versorgungssystemen in Zusammenhang gebracht wird (Tomita und Herman 2015, Nolting et al. 2016). Die Überleitung vom akutstationären Setting in die ambulante Weiterbehandlung ist, auch hinsichtlich der Vorbereitung der Familie/Angehörigen sowie der Klärung der sozialen Zukunft, verbesserungsbedürftig (Nolting et al. 2016). Nolting et al. (2016) bemängeln eine unzureichende Abstimmung und Koordination unter den Versorgern der verschiedenen Sektoren (siehe Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“). Dies werde begünstigt durch Unklarheiten bei den Zuständigkeiten (Nolting et al. 2016). Im Abschlussbericht des AQUA-Instituts und in anderen Quellen ist ebenfalls beschrieben, dass es bei dem Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor zu Wartezeiten und Behandlungsbrüchen kommt (AQUA 2016, Kösters et al. 2016, IGES 2014). Im Bericht des IGES (2014) wird beschrieben, dass 52,9 % der stationären Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis innerhalb der ersten 4 Wochen nach Krankenhausentlassung nicht fachärztlich weiterbehandelt wurden und dass 21 % der entlassenen Patientinnen und Patienten in dieser Zeit auch keine hausärztliche Betreuung erhalten haben. Lange Wartezeiten auf einen Anschlusstermin bei einem ambulant weiterbehandelnden Facharzt werden auch in Deutschland in einer qualitativen Studie zum Erleben von Patientinnen und Patienten beschrieben (Jürgensen et al. 2014). Bei Patientinnen und Patienten, die kein ausreichendes Entlassungsmanagement erhalten, kann dies eine Ursache für eine erneute stationäre Aufnahme sein (AQUA 2016).

### **Qualitätsaspekte „Information und Aufklärung“, „Psychoedukation“, „Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten“ und „Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen“**

Die Qualitätsaspekte „Information und Aufklärung“, „Psychoedukation“, „Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten“ und „Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen“ lassen sich thematisch als Patientenorientierung und -einbezug zusammenfassen. Die ausreichende Einbeziehung der informierten und aufgeklärten Patientinnen und Patienten rekuriert zum einen auf das Wiederherstellen und Festigen ihrer Selbstbestimmung im Sinne der Patientenautonomie und auf die Befähigung zu einer eigenen Therapieentscheidung (Fleischhacker et al. 2014), zum anderen ist sie von zentraler Bedeutung für die Entwicklung einer guten Therapiecompliance bzw. -adhärenz, die insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis oftmals problematisch ist (Dixon et al. 2010, Kissling 2008, Schmidt-Kraepelin et al. 2009, Cañas et al. 2013). Diese ist wiederum eine wichtige Voraussetzung für gute Behandlungsergebnisse in der Versorgung dieser Patientinnen und Patienten.

#### **Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung“**

Eine möglichst vollumfängliche und multidisziplinäre Information und Aufklärung der Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen – und der betreuenden Personen und Angehörigen – spielt eine große Rolle in der leitliniengerechten Therapie und Betreuung dieser Patientinnen und Patienten. Information und Aufklärung sollten hinsichtlich der Diagnose und ihrer Auswirkung, der möglichen Therapieoptionen, insbesondere bei der Pharmakotherapie, und der Therapieumstände während der Behandlung erfolgen, aber auch Ansatzpunkte für unterstützende und fördernde Maßnahmen aufzeigen (NCCMH 2011 [2016]-a, NCCMH 2012 [2016], NCCMH 2014 [2017], NCCMH 2011 [2016]-b). Ebenfalls von Bedeutung ist die Information der Patientinnen und Patienten zu möglichen Überweisungen oder Entlassungen aus einer Einrichtung (NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2014 [2017]) sowie die Aufklärung über die sinnvolle Kombination der Pharmakotherapie mit einer Psychotherapie (NCCMH 2014 [2017]).

Den Patientinnen und Patienten und auch den Angehörigen sollten bedarfsgerechte Informationen, Beratungen und Schulungen angeboten werden, um Risiken erkennen und entsprechend die Versorgungserfordernisse bewältigen zu können (DNQP 2009). Dies wird auch von den Betroffenen akzentuiert wahrgenommen und in einer Vielzahl von qualitativen Studien zum Patientenerleben beschrieben (Pitkänen et al. 2008, Leutwyler et al. 2013, Howe et al. 2014, Lorem et al. 2014, Loughland et al. 2015, Stein et al. 2015, Andreasson und Skärsäter 2012, Gunnmo und Fatouros-Bergman 2011, Lal et al. 2015, Makdisi et al. 2013, Jürgensen et al. 2014, NCCMH 2011: 27-46, Mestdagh und Hansen 2014). Information und Aufklärung wird zudem in den Fokusgruppen mit den Patientinnen und Patienten wiederholt thematisiert: „Diese Aufklärung, finde ich, ist das Wichtigste. Was habe ich, was kann man dagegen tun oder was ist es überhaupt, das ist für mich das Wichtigste gewesen.“ (GD4\_Patienten: 32)

Die Qualität der informativen und aufklärenden Betreuung der Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen bezüglich relevanter Behandlungsdetails kann an bestimmten Schlüsselinformationen festgemacht werden, die nach übereinstimmender fachlicher Meinung für eine fundierte und nachhaltige Therapiegestaltung sprechen. Dies sind Informationen zur Indikation und Verfügbarkeit von Psychotherapie (Mehl et al. 2016), Soziotherapie, Unterstützungsleistungen im Hinblick auf Lebensführung (Kösters et al. 2016), Arbeits- und Wohnraumbeschaffung (Müller et al. 2016) und Rehabilitation (Stengler et al. 2015). Die Bedeutung der Aufklärung über Nutzen und Risiken der Pharmakotherapie wird insbesondere in neueren Leitlinien, wie SIGN (2013), Cooper et al. (2016) und NCCMH (2014 [2017]), thematisiert. Hierunter fällt auch die Aufklärung der Patientinnen und Patienten hinsichtlich der unterschiedlichen Nebenwirkungsprofile der Medikamente sowie der Auswirkungen von Begleit- und Selbstmedikation auf die medikamentöse Therapie zur Behandlung Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (NCCMH 2014 [2017]). Aufgrund des hohen Anteils von Substanzmissbrauch (u. a. Nikotin, Alkohol) unter Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung sollten Risiken, die mit einem solchen einhergehen und einen Einfluss auf Pharmakotherapie und Krankheitsverlauf der Patientinnen und Patienten haben, ebenfalls im Rahmen der Patienteninformation und -aufklärung thematisiert werden (NCCMH 2014 [2017], Cooper et al. 2016).

Hinweise darauf, dass Information der Betroffenen verbessert werden sollte, ergeben sich zum einen über die konstante Betonung ihrer Bedeutung für die Behandlung insgesamt und für die Compliance der Patientinnen und Patienten aus Leitlinien (NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013) sowie bei Addington (2009). In qualitativen Studien wird von den befragten Patientinnen und Patienten wiederholt darauf hingewiesen, dass sie die Information und Aufklärung zur Erkrankung und zu Therapieoptionen als unzureichend wahrnehmen (Pitkänen et al. 2008, Leutwyler et al. 2013, Howe et al. 2014, Lorem et al. 2014, Loughland et al. 2015, Stein et al. 2015, Andreasson und Skärsäter 2012, Gunnmo und Fatouros-Bergman 2011, Lal et al. 2015, Makdisi et al. 2013, Jürgensen et al. 2014, NCCMH 2011: 27-46, Mestdagh und Hansen 2014), ebenso wie die Mitteilung der Diagnose durch Fachärzte (Lal et al. 2015, Loughland et al. 2015). In weiteren qualitativen Studien wird von den Patientinnen und Patienten auch auf eine unzureichende Information und Aufklärung zu Art, Alternativen und Nebenwirkungen der Pharmakotherapie (Jürgensen et al. 2014, Kinter et al. 2009, Roick et al. 2006, Mestdagh und Hansen 2014, Hamann et al. 2016, Iyer et al. 2013, Leutwyler et al. 2013, Liersch-Sumskis et al. 2015, Lorem et al. 2014, Loughland et al. 2015, Weich et al. 2012, Das et al. 2014, Phillips und McCann 2007) sowie zu somatischen Begleiterkrankungen (Roick et al. 2006, Mestdagh und Hansen 2014, Leutwyler et al. 2013, Lester et al. 2012) hingewiesen. Ebenfalls als verbesserungsbedürftig wird in einer Leitlinie (NCCMH 2011 [2016]-b), aber auch in mehreren Studien (Jürgensen et al. 2014, Gunnmo und Fatouros-Bergman 2011) die Information über Unterstützungsangebote wie Selbsthilfegruppen oder sozialen Dienste beschrieben. Auch in den Fokusgruppen, die das IQTIG durchgeführt hat, wird die Problematik der Informierung thematisiert:

*Was ich auch nicht gut fand, war das, das – also allgemein, es wird ja mit einem nicht geredet. Über die ganze Behandlung was über, über was entschieden wurde oder wird. Welche Möglichkeiten einem offenstehen eventuell sogar. Man hat das Gefühl, es stehen keine anderen Möglichkeiten zur Verfügung. Also, es ist entschieden und der Zug ist abgefahren. (GD3\_Patienten: 61)*

Eine zusätzliche Information und Aufklärung im Rahmen der Psychoedukation wird hingegen als positiv empfunden (Lal et al. 2015). Auch im Rahmen der leitfadengestützten Einzelinterviews war die Informiertheit der Patientinnen und Patienten ein Thema:

*Die Patienten sind im Durchschnitt schlecht informiert, muss man sagen. Die Informationen haben sie in der Regel aus Gesprächen, aus Krankenhäusern oder aus Ambulanzen bzw. aus der ambulanten Versorgung. Eher – zumindestens höre ich das wenig –, eher weniger aus dem Internet, wie z. B. im Gegensatz dazu Patienten anderer Krankheitsgruppen, Angst-Patienten, die viel aus dem Internet wissen. Aber die Patienten sind eigentlich für die Schwere der Erkrankung eigentlich erstaunlich schlecht aufgeklärt. (I01: 27)*

### **Qualitätsaspekt „Psychoedukation“**

Bei der Psychoedukation handelt es sich um eine systematisch strukturierte, didaktische Information über die Erkrankung und Behandlung, welche auch emotionale Aspekte miteinschließt, damit die Patientin oder der Patient besser mit ihrer/seiner Erkrankung umgehen kann (Rummel-Kluge et al. 2013). Die Bedeutung von Psychoedukation im Rahmen der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, aber auch die Psychoedukation von betreuenden Personen dieser Patientinnen und Patienten wird in der Literatur mehrfach hervorgehoben und wird dort von den Betroffenen, die eine solche Diagnose erhalten, als hilfreich wahrgenommen (Lal et al. 2015, Taylor et al. 2009, NCCMH 2011: 27-46, Rummel-Kluge et al. 2013).

Es gibt weitere Hinweise in der Literatur, dass Patientinnen und Patienten insbesondere psychoedukative Gruppentherapien mit anderen Patientinnen und Patienten positiv wahrnehmen, da sie ihre Akzeptanz der Krankheit fördern und ihnen Strategien im Umgang mit der Krankheit vermitteln (Holding et al. 2016, Lal et al. 2015, Makdisi et al. 2013, NCCMH 2011: 27-46). Leitlinien fordern stets, dass Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit, ihren Verlauf sowie die Prognose zu unterrichten sind (NCCMH 2014 [2017], NCCMH 2012 [2016], NCCMH 2011 [2016]-a). Die Durchführung einer strukturierten Psychoedukation als festen Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans wird in der S3-Leitlinie der DGPPN zu psychosozialen Therapien empfohlen (DGPPN und Falkai 2013). Bereits 2006 wurde in einer deutschen Vergleichsuntersuchung (Bäumel et al. 2006) gezeigt, dass Psychoedukation bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis die stationäre Wiederaufnahmerate innerhalb von 2 Jahren von 58 % auf 41 % senken konnte. Ein aktuelles Cochrane Review von Xia et al. (2011) belegt signifikante Effekte der Psychoedukation bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis hinsichtlich Therapiecompliance,

der Anzahl der Rückfälle und stationärer Wiederaufnahmeraten. Psychoedukation sollte zudem gerade bei Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen auch Angebote für Angehörige enthalten, sodass diese ebenfalls ein besseres Krankheitsverständnis und Strategien zur Problemlösung entwickeln und ausbauen können (SIGN 2013, Dixon et al. 2010, MOH 2011, Cañas et al. 2013).

Als ein Hinweis auf eine immer noch bestehende Unterversorgung bei der Psychoedukation kann eine Studie von Rummel-Kluge et al. (2013) herangezogen werden, die ausweist, dass 7 % von 289 Krankenhäusern im deutschsprachigen Raum 2009 keine Psychoedukation angeboten haben. Dieser Anteil an Krankenhäusern betrug 2009 jedoch nur die Hälfte des Anteils aus dem Jahr 2003 (Rummel-Kluge et al. 2013). In der Untersuchung von Rummel-Kluge et al. (2013) wurde die Maßnahme der Psychoedukation jedoch nicht inhaltlich definiert, sodass die Krankenhäuser alle von ihnen als Psychoedukation verstandenen Maßnahmen als die Durchführung einer solchen angeben konnten. Es kann daher vermutet werden, dass der Anteil an Krankenhäusern, die keine qualifizierte Psychoedukation anbieten, höher liegt.

Entscheidend ist aber nicht nur das grundsätzliche Angebot psychoedukativer Leistungen, sondern die Frage, ob alle Patientinnen und Patienten dieses erhalten und, wenn ja, ob dies in adäquatem Umfang geleistet wird. Die beschriebene Problematik wurde auch von Patientinnen und Patienten in den Fokusgruppen, die das IQTIG durchgeführt hat, thematisiert:

*Und was in der Schizophrenie völlig fehlt, auch in der Psychose: keine geschulte Psychoedukation. Jedem Depressiven wird zugetraut, dass er über seine Krankheit reflektiert. Einem Schizophrenen oder jemandem, der psychoseartige Erfahrungen macht, eben nicht. Und das ist falsch. (GD2\_Patienten: 49)*

Der AQUA-Abschlussbericht geht zudem davon aus, dass die kurze Behandlungsdauer mit stationärer Psychoedukation eine Fortführung von Psychoedukation im ambulanten Bereich notwendig erscheinen lässt (AQUA 2016).

### **Qualitätsaspekt „Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten“**

Innerhalb des Verhältnisses zwischen Behandlerinnen und Behandler sowie Patientinnen und Patienten kommt es neben dem Inhalt des explorativen oder therapeutischen Gesprächs insbesondere auf die Art und Weise der Kommunikation an. Auch Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sind in der Regel durchaus in der Lage, Nuancen innerhalb der Kommunikation wahrzunehmen, und reagieren darauf (Loughland et al. 2015). Hier In qualitativen Studien wird beschrieben, dass das Zuhören und das Interesse der Ärztin / des Arztes, der Therapeutin / des Therapeuten und der Pflegekraft (Tunner und Salzer 2006, Leutwyler und Wallhagen 2010, Lester et al. 2012, Lorem et al. 2014, Loughland et al. 2015, Boydell et al. 2010, Lal et al. 2015, Makdisi et al. 2013, Topor und Di Girolamo 2010, NCCMH 2011: 27-46) als positiv wahrgenommen werden. Für Patientinnen und Patienten besonders bedeutsam sind das positive Feedback (Tunner und Salzer 2006, Lal et al. 2015, Makdisi et al. 2013) sowie die Ehrlichkeit der Ärztin / des Arztes, der Therapeutin / des Therapeuten und

der Pflegekraft (Tunner und Salzer 2006, Hamann et al. 2016). Insgesamt wünschen sich die Patientinnen und Patienten einen respektvollen Austausch mit ihren Behandlern (Tunner und Salzer 2006, Leutwyler und Wallhagen 2010, Loughland et al. 2015, Boydell et al. 2010, Lal et al. 2015, Makdisi et al. 2013, Topor und Di Girolamo 2010, Holding et al. 2016, NCCMH 2011: 27-46, Pitkänen et al. 2008, Allard et al. 2016, Sweers et al. 2013, Weich et al. 2012, Andreasson und Skärsäter 2012, Forsberg et al. 2011, Gunnmo und Fatouros-Bergman 2011, Phillips und McCann 2007).

Das vorhandene Verbesserungspotenzial wird ebenso wie die Bedeutung der Interaktion und Kommunikation für eine konstruktives Verhältnis zwischen Behandlerinnen und Behandlern sowie Patientinnen und Patienten sowohl in Leitlinien (NCCMH 2011 [2016]-a, NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013) als auch in der Primärliteratur deutlich (González-Torres et al. 2007, Tan et al. 2011). Patientinnen und Patienten beschreiben in qualitativen Studien häufig die Erfahrung, dass Stigmatisierungen stattfinden, wie beispielsweise das Gefühl, mit der Diagnose einer Schizophrenie von Gesundheitsfachkräften nicht ernstgenommen zu werden (Mestdagh und Hansen 2014, Leutwyler und Wallhagen 2010, Howe et al. 2014, Andreasson und Skärsäter 2012, Gioia 2006, González-Torres et al. 2007, Makdisi et al. 2013, NCCMH 2011: 27-46). Das Problem der Stigmatisierung durch die behandelnden Gesundheitsprofessionen wird in der Literatur in diesem Zusammenhang auch thematisiert (Lawrence und Kisely 2010) und kann bei den Betroffenen das Gefühl des Ausgegrenzt-Seins verstärken und sich damit negativ auf das Behandlungsverhältnis auswirken. Zudem finden sich Hinweise, dass Patientinnen und Patienten es bspw. negativ wahrnehmen, wenn ihnen die Diagnose über eine Informationsbroschüre und nicht in einem persönlichen Gespräch, in dem Befürchtungen, Ängste und Sorgen angesprochen werden, mitgeteilt wird (Lal et al. 2015, Loughland et al. 2015). Schließlich fanden sich auch in den durch das IQTIG durchgeführten Fokusgruppen deutliche Hinweise auf Verbesserungspotenziale in der Kommunikation zwischen Patientinnen und Patienten sowie Behandlerinnen und Behandlern:

*Auch wenn ich ambulant zu meinem Psychiater bin, der guckt nur in seinen Computer, der guckt mich nicht einmal an, ja. Und fragt dann nur solche Testfragen, ist er jetzt noch ganz bei Trost, weiß er, was heute für ein Tag ist. Was für ein Datum ist, wann er zum letzten Mal stationär war, ob er seine Pillen nimmt. Und das war dann die ambulante Behandlung. (GD3\_Patienten: 118)*

### **Qualitätsaspekt „Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen“**

Voraussetzung zur Umsetzung des Qualitätsaspekts „Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen“ sind die vorangegangenen beschriebenen Qualitätsaspekte „Information und Aufklärung“, „Psychoedukation“ sowie „Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten“. Im Rahmen der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen kann die Verweigerung der Patientin / des Patienten von Behandlungsteilen oder der gesamten Behandlung den Krankheitsverlauf massiv negativ beeinflussen. Dem entgegenwirkend konnte in Dixon et al. (2016)

gezeigt werden, dass der Einbezug von Patientinnen und Patienten in den Prozess der Entscheidungsfindung für Planungen und Entscheidungen über die Behandlung (z. B. mittels Shared-Decision-Making) positiv auf die Compliance und Behandlungskontinuität wirkt. Grundlage für einen solchen Einbezug ist, dass die Patientin oder der Patient als souveräne Person wahrgenommen wird, dessen Perspektive eine wichtige Grundlage für Entscheidungen ist. Diese Sichtweise wurde auch in den leitfadengestützten Interviews, die das IQTIG mit Ärztinnen und Ärzten sowie Psycho- und Soziotherapeutinnen durchgeführt hat, deutlich: „Der Patient ist Experte, wenn es um seine Krankheit geht und das, was er wahrnimmt“ (I11: 43) und „Wenn der sich nicht einbringen kann und mitgestalten kann, dann läuft die Therapie scheiße“ (I05: 45). In der Leitlinie der American Occupational Therapy Association (Brown 2012) wird die Patientin / der Patient als die Person beschrieben, die die Entscheidungen über ihre / seine Behandlung und sein Leben trifft. Hierdurch gewinnen die Patientinnen und Patienten Kontrolle über ihr Schicksal (Brown 2012). Durch Einbeziehung und Beteiligung erfahren die Patientinnen und Patienten zum einen hohen Grad an Wertschätzung als Person und können zum anderen eigene Gedanken und Wünsche in die Behandlung einbringen. Dies wurde auch in den Fokusgruppen, die das IQTIG mit Patientinnen und Patienten durchgeführt hat, betont:

*Und da finde ich ist es ganz wichtig, dass die Patienten da ein Mitspracherecht haben. Dass die auch gefragt werden, fühlen sie sich gut damit, kann man es so lassen oder was wollen sie überhaupt, dass man folglich darauf auch eingeht und so. Und das finde ich wichtig. (GD2\_Patienten: 225)*

Die einzelnen Behandlungsentscheidungen, wie beispielsweise Therapieplanung, Medikationsplanung oder Entlassung, aber auch die gesamte Behandlung wird dann in der Folge konsentiert von der Patientin / dem Patienten mitgetragen. Eine solch partizipative Vorgehensweise in der Behandlungsplanung und Entscheidungsfindung wird dabei auch durch die Leitlinien gestützt und empfohlen (Dixon et al. 2010, NCCMH 2011 [2016]-a, NCCMH 2014 [2017], Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012).

Eine hohe Relevanz hat die Beteiligung der Patientinnen und Patienten bei Entscheidungen bezüglich Psychopharmakotherapie (NCCMH 2014 [2017], Barnes und BAP 2011) und Entlassung (NCCMH 2011 [2016]-b). Letzterer Punkt beinhaltet, dass die Patientin / der Patient in alle Entscheidungen zur Entlassung oder Verlegung einbezogen werden sollte (NCCMH 2011 [2016]-b). Die Relevanz der partizipativen Entscheidungsfindung insbesondere auch für Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis wurde in vielen qualitativen Studien bestätigt (Boydell et al. 2010, Forsberg et al. 2011, Gioia 2006, Hamann et al. 2016, Harris et al. 2012, Holding et al. 2016, Iyer et al. 2013, Kinter et al. 2009, Lester et al. 2012, Leutwyler und Wallhagen 2010, Lorem et al. 2014, Mestdagh und Hansen 2014, Pitkänen et al. 2008, Salyers et al. 2013, Sweers et al. 2013, Topor und Di Girolamo 2010, NCCMH 2011: 27-46, Hamann et al. 2009). Weitere Untersuchungen zeigten zudem, dass die gemeinsame Entscheidungsfindung nach Einbindung und aktiver Beteiligung der Patientinnen und Patienten im Behandlungsprozess vonseiten der Patientinnen und Patienten wie auch vonseiten der Behandlerinnen und Behandler gewünscht ist (Hamann et al. 2016, Hamann et al. 2009, Kinter et al. 2009).

An dieser Stelle soll ergänzend deutlich gemacht werden, dass die Entscheidungsfähigkeit von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen aufgrund akuter Krankheitsphasen oder fehlender Krankheitseinsicht eingeschränkt sein kann (Beitinger et al. 2014), von einer allgemeinen Entscheidungsunfähigkeit kann jedoch nicht gesprochen werden (Appelbaum 2006, Jeste et al. 2006). Sollte die Patientin oder der Patient nicht in der Lage sein, Entscheidungen zu treffen, oder möchte sie/er dies nicht, so sollte sie/er, sobald dies nicht mehr der Fall ist, wieder einbezogen werden und auch bereits getroffene Entscheidungen ändern können (NCCMH 2015).

Es gibt Hinweise darauf, dass die Möglichkeiten zur Beteiligung der Patientinnen und Patienten von den Behandlerinnen und Behandlern nicht ausreichend genutzt werden. So berichten Hamann et al. (2009) dass nur 51 % der Behandlerinnen und Behandler regelmäßig Shared-Decision-Making, als ein Weg, Patientinnen und Patienten in medizinische Entscheidungen zu involvieren, durchführen. Unabhängig davon zeigte sich in den Fokusgruppen mit Pflegekräften, die das IQTIG durchführte, jedoch, dass das Potenzial zur Durchführung von Shared-Decision-Making in der Praxis noch nicht ausgeschöpft wird:

*Also, ich finde, wir neigen ja immer viel zu sehr dazu, genau zu wissen, was für alle gut ist, und das ist nicht nur im Krankenhaus so, sondern das ist halt im ambulanten komplementären Bereich genauso und ich glaube, davon müssen wir ein bisschen weg, also eben zu gucken, was wir da – es gibt da viele Ansätze, die genau dahin agieren, den Patienten auch tatsächlich mal zu fragen. (GD1\_Pflege: 271)*

Insgesamt heben qualitative Studien einen starken Wunsch der Patientinnen und Patienten nach Einbezug und Beteiligung hervor (Kinter et al. 2009, Mestdagh und Hansen 2014, Holding et al. 2016, Salyers et al. 2013, Leutwyler und Wallhagen 2010, Harris et al. 2012, Lester et al. 2012, Lorem et al. 2014, Sweers et al. 2013, Boydell et al. 2010, Forsberg et al. 2011, Gioia 2006, Topor und Di Girolamo 2010), der gleichzeitig nicht immer erfüllt wird. Dies zeigte sich beispielsweise darin, dass Patientinnen und Patienten auch nicht an Entscheidungen zu Unterstützungsangeboten beteiligt wurden (Jürgensen et al. 2014, Mestdagh und Hansen 2014, Lester et al. 2012, Lorem et al. 2014, Topor und Di Girolamo 2010). Da eine Beteiligung der Patientinnen und Patienten, wie oben beschrieben, Auswirkungen auf die Compliance hat und damit auch auf das Outcome der Patientinnen und Patienten, ist eine weitere Verbesserung der Beteiligung der Patientin / des Patienten an Behandlungsplanung und Entscheidungen im Rahmen der Möglichkeiten der Patientin / des Patienten immer anzustreben.

#### **Qualitätsaspekte „Patientenbezogenes Medikationsmanagement“, „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“, „Psychotherapie (stationär/PIA)“, „Suizidalität – Umgang und Prävention“, „Komorbidität Sucht“ und „Somatische Versorgung“**

Die Qualitätsaspekte „Patientenbezogenes Medikationsmanagement“, „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“, „Suizidalität – Umgang und Prävention“, „Komorbidität Sucht“ und „Somatische Versorgung“ betreffen allesamt die Behandlungsoptionen und -formen bei Patienten.

tinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Die Qualitätsaspekte „Patientenbezogenes Medikationsmanagement“ und „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“ adressieren die Bedeutung, einer wirksamen, sicheren und bedarfsgerechten Therapie (NCCMH 2014 [2017], Cooper et al. 2016, SIGN 2013, Fleischhacker et al. 2014, Cañas et al. 2013). „Suizidalität – Umgang und Prävention“ und „Komorbidität Sucht“ betreffen Komplikationen, die in den Wissensbeständen durch ihre Häufigkeit bei Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis und ihre Auswirkungen auf die Therapie besonders hervorstachen (NCCMH 2014 [2017], NCCMH 2011 [2016]-a, Dixon et al. 2010, Fleischhacker et al. 2014, Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012). Die Notwendigkeit des Qualitätsaspekts „Somatische Versorgung“ ergibt sich als Ergänzung zur Behandlung somatischer Nebenwirkungen der Psychopharmaka, aber auch aufgrund der allgemeinen Unterversorgung dieses Patientenkollektivs mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (Lawrence und Kisely 2010, NCCMH 2014 [2017], NCCMH 2011 [2016]-a, Cooper et al. 2016, Karow et al. 2012, Lambert et al. 2016).

### **Qualitätsaspekt „Patientenbezogenes Medikationsmanagement“**

Antipsychotika (Neuroleptika) haben zwar eine ähnliche Effektivität, weisen aber sehr unterschiedliche Nebenwirkungsprofile auf, deswegen spielt die sorgfältige, an den Präferenzen der Patientin / des Patienten und der Lebenssituation ausgerichtete Auswahl des Arzneimittels eine besondere Rolle in der Pharmakotherapie der Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Dabei sind gewünschte Wirkungen und zu tolerierende Nebenwirkungen der Pharmakotherapie individuell abzuwägen und mit der Patientin / dem Patienten zu diskutieren, wie gerade neuere Leitlinien betonen (NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013) (siehe Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung“). Dies wurde zum einen von den Patientinnen und Patienten in den Fokusgruppen, die das IQTIG durchgeführt hat, benannt: „[...] Aber da sollte man auch Rücksprache mit der Patientin / dem Patienten halten, dass man fragt: Wie geht es Dir, bist Du damit gut oder brauchst Du mehr oder weniger? Das ist schon besser.“ (GD2\_Patienten: 201) Zum anderen wurde dieser Aspekt auch in den leitfadengestützten Interviews thematisiert:

*[...] Also, das heißt das Decision Sharing, das ist natürlich ein großes Bedürfnis bei Patienten. Die wollen natürlich eher eine kleine Dosierung haben und ja, etwas haben, was auch möglichst gut verträglich ist und – wenn sie krankheitseinsichtig sind und da einen Leidensdruck haben, was natürlich auch ihre Symptome kontrolliert. (I12: 75)*

Dieses individuelle Abstimmen zusammen mit der Patientin / dem Patienten ist auch deshalb notwendig, da die Symptomlinderung durch Antipsychotika meist erst mehrere Wochen oder Monate nach der ersten Einnahme eintreten kann, während Nebenwirkungen bereits frühzeitig zu einer relevanten Beeinträchtigung der Lebensqualität führen können. Die hohen Abbruchraten von ca. 50 % bei der Pharmakotherapie der Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (Leucht et al. 2009) deuten darauf hin, dass entsprechende

Information und Aufklärung über die Besonderheiten der antipsychotischen Arzneimitteltherapie und damit die Compliance der Patientinnen und Patienten zur antipsychotischen Pharmakotherapie verbessert werden können.

Viele Leitlinien empfehlen evidenzbasiert im Falle schlechter Arzneimittelcompliance die Umstellung von der ansonsten präferierten oralen Therapie auf Depotpräparate (NCCMH 2014 [2017], Cooper et al. 2016, Hasan et al. 2013). Die Anwendung atypischer Neuroleptika ist nicht in jeder Situation eindeutig vorteilhafter als die Anwendung typischer Antipsychotika und ist patientenindividuell zu prüfen und ggf. zu optimieren (Hasan et al. 2012).

Für die zahlreichen möglichen Probleme, die die Pharmakotherapie beeinflussen und erschweren können, wie etwa die Therapieresistenz oder Begleit- und Selbstmedikation, wie auch für besondere Begleitsymptomaten (siehe 1.1.3.4) und Komorbiditäten (siehe 1.1.3.5) existieren umfangreiche evidenzbasierte Empfehlungen und sogar eigene Leitlinien (CADTH 2011, NCCMH 2015). Es gibt Hinweise darauf, dass im Umgang mit Therapieproblemen diesen Empfehlungen nicht unbedingt gefolgt wird (CADTH 2011). Bei der Minimalisierung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) ist das multidisziplinäre Zusammenwirken verschiedener Professionen gefordert, um das optimale Arzneimittel und die minimale wirksame Dosis zu finden (SIGN 2013). Dieser Wunsch nach einer möglichst geringen Dosis zeigt sich auch in den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten:

*Was ich schlimm fand: Ich habe nie aus den Ärzten herauslocken können, wie hochdosiert die Medikamente eigentlich sind, und habe später dann über einen ambulanten Psychiater erfahren: Das war ziemlich hochdosiert, was ich gekriegt habe. (GD2\_Patienten: 86)*

Im Versorgungsgeschehen findet jedoch beispielsweise die Einhaltung der empfohlenen Standarddosierungen unter Inkaufnahme von potenziell gefährlichen Nebenwirkungen offenbar nicht ausreichend statt (McGorry et al. 2013, CADTH 2011) (siehe 1.1.3.2). Insbesondere bei der Entlassung ist darauf zu achten, dass Patientinnen und Patienten ihre spezifischen Arzneimittelstrategien in einer schriftlichen Übersicht erhalten und Vorerfahrungen auch als Teil der Informationen für die weiterbehandelnden Therapeutinnen und Therapeuten weiterzugeben sind.

### **Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“**

Angesicht der benannten Herausforderungen an die Pharmakotherapie ist die regelhafte Überprüfung (Monitoring) von Wirkungen und Nebenwirkungen für ein günstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis bzw. zum Erhalt der Arzneimitteltherapiesicherheit eine durchgehende Empfehlung der Leitlinien (Dixon et al. 2010, Cooper et al. 2016, SIGN 2013, NCCMH 2014 [2017], Hasan et al. 2012, Hasan et al. 2013). Insbesondere neuere Leitlinien empfehlen die gezielte Hinzuziehung von erfahrenen Spezialisten für die antipsychotische Pharmakotherapie, die früh und regelhaft immer wieder im Verlauf der Krankheit stattfinden soll. NCCMH (2014 [2017]) betont gar eine Hinzuziehung von Spezialisten vor der ersten Verordnung von Neuroleptika und besonders beim Auftreten von Komplikationen, wie Therapieresistenz, Komorbiditäten und unerwünschten Arz-

neimittelwirkungen (NCCMH 2014 [2017]). Nicht zuletzt die Diskussion von neuroleptika-assoziierten Todesfällen veranschaulicht die Bedeutung des Monitorings von Wirkungen und Nebenwirkungen (Tiihonen et al. 2006). Wegen der sich im Verlauf der Erkrankung verändernden, vorherrschenden Symptome bei der Patientin / dem Patienten wechseln auch die jeweils aktuellen Ziele der antipsychotischen Pharmakotherapie (Hasan et al. 2012, Hasan et al. 2015), was eine kontinuierliche Anpassung des Monitoring mit Überprüfung von Wirkung und Nebenwirkung der Pharmakotherapie notwendig macht. Dies thematisierten auch die Ärztinnen und Ärzte in den leitfadengestützten Einzelinterviews, die das IQTIG durchgeführt hat:

*Probleme sind die Nebenwirkungen, konkret: nicht funktionieren durch übermäßige Sedierung, nicht funktionieren durch EPMS (Extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen), unangenehme Empfindungen, bei Männern sexuelle Dysfunktionen, bei Frauen vielleicht Kinderwunsch irgendwann [...]. Ist es praktikabel? Kann es geschluckt werden, das Medikament? Schmeckt es unangenehm? Ist die Tageszeit der Einnahme vielleicht unangenehm oder im Alltag hinderlich? Erreichbarkeit von dem Medikament, also, wo hab ich irgendwo eine Apotheke? Besorgt die mir das auch? Besorgt sie mir das richtige? Das sind praktische Probleme. (I11: 85)*

Das Monitoring sollte auch die regelmäßige Erfassung klinischer Symptome genauso wie eine gezielte laborchemische und kardiologische Diagnostik umfassen.

Bei etwa einem Drittel der Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zeigen die Antipsychotika in der Standarddosierung keine ausreichende Wirkung (NCCMH 2014 [2017]: 304). Daher kann eine Wirkungsverstärkung (Augmentation) wünschenswert erscheinen. Eine Hochdosistherapie sowie eine Addition von unterstützenden Arzneimitteln (Adjunktiva) oder eine Kombinationstherapie sind verbreitet, jedoch nicht evidenzbasiert.

Die Kombinationen von Antipsychotika zur Verstärkung der Wirkung sind kaum untersucht und zeigen nur geringe Vorteile bei gleichzeitig steigenden Sicherheitsbedenken (CADTH 2011: 28-29). Die Kombinationstherapie wird daher nicht empfohlen (CADTH 2011, NCCMH 2014 [2017]). Dennoch kommen Antipsychotika-Kombinationen in der Praxis vor (CADTH 2011). AQUA (2016) konnte anhand eigener Untersuchungen mit Routinedaten aus dem Jahr 2012 zeigen, „dass 16,8 % der Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, die innerhalb eines Jahres mindestens ein Antipsychotikum verordnet bekommen haben, gleichzeitig zwei oder mehr verschiedene Antipsychotikawirkstoffe (exklusive Clozapin) in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen verordnet bekamen“. Unklar ist, ob es diese Antipsychotika-Kombinationen, wie empfohlen (CADTH 2011), unter Überprüfung ihres Patientennutzens nach einer angemessenen und erfolgreichen Versuchsphase durchgeführt werden. Leitlinien empfehlen daher, Antipsychotika-Kombinationen zu vermeiden (CADTH 2011, NCCMH 2014 [2017]).

In Fällen unzureichender antipsychotischer Wirkung der Pharmakotherapie finden weiterhin Hochdosistherapien eine häufige Anwendung (NCCMH 2014 [2017]: 304). Für die Hochdosistherapie konnten jedoch keine Vorteile nachgewiesen werden (NCCMH 2014 [2017]: 302, CADTH

2011). Insbesondere für die Hochdosistherapien mit typischen Neuroleptika scheint es keine wissenschaftliche Grundlage zu geben, im Gegensatz zu der Clozapin-Therapie in Standarddosierung (CADTH 2011). Im weiteren Sinne können zu hohe Initialdosen und zu schnellen Dosissteigerungen ebenfalls zum Bereich der Hochdosierungen gehören. Auch hierfür konnten keine Vorteile gezeigt werden (NCCMH 2014 [2017]). Insbesondere Patientinnen und Patienten, die zum ersten Mal Antipsychotika erhalten, reagieren oftmals bereits auf niedrigere Dosen (NCCMH 2014 [2017]) und sind ggf. besonders vulnerabel. Somit wird für die Verbesserung der Versorgung gemäß den Leitlinienempfehlungen ein Potenzial in der Vermeidung von Hochdosistherapien vermutet (NCCMH 2014 [2017], CADTH 2011).

Die Einhaltung (Compliance) der antipsychotischen Therapie ist besonders schwierig, weil antipsychotische Medikamente ihre Wirkung erst über Wochen oder Monate entwickeln und ein hohes Nebenwirkungsrisiko für die Patientin / den Patienten besitzen, aber für eine erfolgreiche Therapie sehr wichtig (NCCMH 2014 [2017]) sind. Zudem wird die Beibehaltung der antipsychotischen Therapie über mehrere Jahre empfohlen (NCCMH 2014 [2017]). Dies kann aber mit dem häufigen Patientenwunsch, Arzneimittel so früh wie möglich abzusetzen, kollidieren. Die Non-Compliance von 50 % bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (Leucht et al. 2009) ist ein Hinweis darauf, dass entsprechende Information und Aufklärung über die Besonderheiten der antipsychotischen Arzneimitteltherapie verbessert werden können. Wegen der Relevanz der Arzneimittel-Compliance für die Wirksamkeit der Pharmakotherapie ist die regelmäßige Überprüfung von Compliance bzw. Adhärenz auch in das eingangs erwähnte Monitoring einzubeziehen, um Probleme der Patientin / des Patienten erkennen und adressieren zu können (Buchanan et al. 2010, SIGN 2013, Barnes und BAP 2011, NCCMH 2014 [2017]). Ein Zitat aus den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten macht die Problematik der Adhärenz dieser Patientinnen und Patienten deutlich:

*[...] Naja, ich finde es einfach nur widersprüchlich zu sagen, dass man im Krankenhaus gesagt bekommt, man muss die Medikamente nehmen, und dann wird, wenn man das nicht einsieht, in Gruppengesprächen, Psychoedukation oder so für die Einsicht gekämpft, dass man doch die Medikamente nehmen muss. Also, das finde ich so ein bisschen, also, da wird richtig dran gearbeitet, da wird Überzeugungsarbeit geleistet, dass man verdammt noch mal mit der Behandlung, sozusagen die einfach mitmachen soll und die Klappe halten soll. (GD3\_Patienten: 376)*

### **Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“**

Die Psychotherapie ist als Behandlungsoption in der leitliniengerechten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis von hoher Relevanz (NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013, NCCMH 2012 [2016]) und stellt einen Grundpfeiler der Behandlung dieser Patientinnen und Patienten dar. Sie wird beispielsweise von NCCMH (2014 [2017]) in der Kombination mit der entsprechenden Pharmakotherapie empfohlen, da die Psychotherapie die Effektivität der Pharmakotherapie steigert. Die Relevanz von Psychotherapie im ambulanten, aber auch im stationären Sektor wurde im Rahmen des Expertengremiums des IQTIG am 29. November 2016 nachdrücklich betont. Neben der beschriebenen Notwendigkeit eines Angebots an ambulanter Psychotherapie (siehe Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung

von Versorgungsstrukturen“) wird auch die Durchführung einer Psychotherapie im stationären Sektor für die Patientinnen und Patienten von diesem Gremium als wichtig und notwendig erachtet. Sie sollte auch in diesem Sektor im erforderlichen Umfang und einer der Erkrankungssituation angemessenen Form stattfinden, was nach Einschätzung des Expertengremiums derzeit nicht ausreichend gegeben ist.

### **Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“**

Eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis ist mit einem erhöhten Suizidrisiko verbunden. Es beträgt etwa das Zwei- bis Zehnfache des Risikos der gesunden Bevölkerung, sodass 5 bis 10 % aller Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis an einem Suizid versterben (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012, Gaebel und Wölwer 2010, Nordentoft et al. 2011, Schaffer et al. 2016). In Deutschland – wie auch in anderen Ländern – ist die Suizidrate in psychiatrischen Kliniken in den letzten 20 Jahren zurückgegangen (Wolfersdorf et al. 2016). Im Fokus zur Vermeidung eines Suizids steht nun verstärkt die Zeit der ersten Monate nach einer Krankenhausentlassung. Olfson et al. (2016) fanden unter Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis 168 Suizide pro 100.000 Patientenjahre innerhalb der ersten 90 Tage nach Krankenhausentlassung. Ein besonders hohes Risiko haben Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung und gleichzeitigem Drogenabusus, geringer Therapie-/Medikations-Compliance und früheren Suizidversuchen (Nordentoft 2007). Zusätzlich erhöht sich das Suizidrisiko, wenn die Person neben den eigenen Suizidgedanken noch Kontakt zu Personen im näheren Umfeld hatte, die Suizidversuche begangen haben (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012).

Ein zentraler Aspekt beim Umgang und der Prävention dieser Thematik ist die Schulung des Personals. Hierbei werden besonders Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, aber auch Ärztinnen und Ärzte im Rahmen ihrer Diagnostik adressiert. Es geht einerseits um das Erkennen einer möglichen Suizidgefahr und der, wenn nötig, unmittelbaren Einweisung in ein Krankenhaus, andererseits auch um eine Berücksichtigung dieser Thematik in der psychotherapeutischen Arbeit mit der Patientin / dem Patienten (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012). Speziell für Patientinnen und Patienten mit Suizidgedanken oder einem bereits durchgeführten Suizidversuch wird die Behandlung mittels kognitiver Verhaltenstherapie empfohlen (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012). In der Therapie sollten spezifische Aspekte des suizidalen Verhaltens berücksichtigt werden. Hierunter fallen Suizidgedanken, Selbstverletzung und Hoffnungslosigkeit der Patientinnen und Patienten (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012). In der Remissionsphase der Patientinnen und Patienten sollte aus den oben beschriebenen Gründen immer auch eine Suizidprävention mit in die Therapie einbezogen werden (Gaebel und Wölwer 2010). Patientinnen und Patienten, die sich selbst verletzen und damit auch einen Aspekt von suizidalem Verhalten ausleben, sollten eine speziell zugeschnittene Therapie erhal-

ten (NCCMH 2012 [2016]). Als ein weiterer zentraler Baustein der Suizidprävention bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ist die pharmakologische Therapie zu nennen (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012). Gerade auch die Langzeittherapie mit entsprechenden Psychopharmaka kann suizidales Verhalten reduzieren (Fleischhacker et al. 2014).

### **Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“**

Die zusätzlich zu einer bestehenden Schizophrenie, einer schizotypen oder wahnhaften Störung vorliegende Diagnose einer Suchterkrankung stellt spezifische Anforderungen an die Behandlung. Zum einen ist in der Fachliteratur die negative Auswirkung der Synchronität von einer schizotypen Erkrankung und Sucht ausführlich dargestellt (Roick et al. 2006), auch weisen die berücksichtigten Leitlinien auf negative Synergismen zwischen Sucht und schizotyper Erkrankung hin (NCCMH 2014 [2017], NCCMH 2011 [2016]-a, Cooper et al. 2016, Dixon et al. 2010). Das Bestehen einer komorbiden Substanzabhängigkeit im Rahmen einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis ist einer der am stärksten assoziierten Faktoren dafür, dass die Patientin oder der Patient die Behandlung nicht beginnt oder sich nicht an Therapievereinbarungen hält (Dixon et al. 2016). Zum anderen ist auch den Versorgenden die Bedeutung der Behandlung der Suchterkrankung für den Verlauf der psychischen Erkrankung bewusst, was auch in den leitfadengestützten Interviews des IQTIG deutlich wurde: „[...] wenn die Patienten ihren Cannabiskonsum fortführen, verschlechtern sie ihre Prognose. Das kann man, glaub ich, ziemlich sicher sagen.“ (I10: 6) Die Compliance der Patientinnen und Patienten ist ein limitierender Faktor, der die Behandlung und das Outcome beeinträchtigen kann. Dieser kann und soll(te) jedoch durch umfangreiche Information und Aufklärung der Patientinnen und Patienten günstig beeinflusst werden. Das wurde auch in den leitfadengestützten Interviews betont: „Und das vermitteln wir auch immer wieder unseren Patienten. Viele sehen es ein, aber viele sagen auch: Klar, ich werde weiterkiffen.“ (I10: 6)

Von Relevanz ist es in diesem Kontext auch, die Suchterkrankung frühzeitig bei der Diagnostik der Patientinnen und Patienten zu identifizieren. Dies bezieht sich sowohl auf die Erfassung einer möglichen Sucht im Rahmen der psychotischen Erkrankung als auch auf die Diagnostik einer möglichen Psychose im Rahmen einer bestehenden Suchtproblematik (Cooper et al. 2016, NCCMH 2014 [2017], NCCMH 2011 [2016]-a). Wird eine Suchterkrankung nicht frühzeitig erkannt und in die Behandlung integriert, kann es häufiger zu wiederholten Wiedereinweisungen (Dixon et al. 2016, Schultz et al. 2007, Large et al. 2011), der Ausbildung schwerwiegender Symptome, einem schlechten sozialen Funktionsniveau sowie zu Delinquenz kommen (Dixon et al. 2016). Eine Option, die Suchterkrankung einzubeziehen und zu behandeln, ist beispielsweise die Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit ehrenamtlichen Organisationen aus dem Bereich Sucht. Dies kann im Rahmen gemeinsamer Behandlungspläne mit festen Terminen z. B. für Kontrollen geschehen (NCCMH 2011 [2016]-a). Weitere Möglichkeiten sind Angebote zur Substanzentwöhnung wie das Erarbeiten von Coping Skills mit der Patientin / dem Patienten oder die Durchführung einer Verhaltenstherapie (Dixon et al. 2016). In einem systematischen Cochrane Review konnte jedoch keine der untersuchten psychosozialen Unterstützungsbehandlungen als

überlegen im Hinblick auf die Beendigung des Abusus, die Therapieadhärenz oder eine Verbesserung des mentalen Status identifiziert werden (Hunt et al. 2013).

Ferner werden die Behandlungsspezifika zur Betreuung von suchtkranken Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis in den einschlägigen Leitlinien umfangreich thematisiert, ausgehend von der Beobachtung der negativen Auswirkungen und der von den Fachgesellschaften immer noch nicht als ausreichend betrachteten Bemühungen, diese zu vermindern (NCCMH 2011 [2016]-a, NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013). NCCMH (2011 [2016]-a) beschreibt, dass Effekte – z. B. die Patientinnen und Patienten betreiben Substanzmissbrauch, um Nebenwirkungen der Psychopharmaka nicht zu spüren – dazu führen, dass Programme zur Vermeidung von Substanzmissbrauch schwer zu entwickeln sind bzw. nicht entwickelt werden, da der Substanzmissbrauch einen funktionalen Gewinn für die Patientinnen und Patienten darstellt. Ebenso führt die immer noch teilweise unklare, komplexe Interaktion von Sucht und Psychose dazu, dass Behandlungsansätze nicht entwickelt werden (NCCMH 2011 [2016]-a). Diese Unsicherheit spiegelt sich auch in den leitfadengestützten Interviews wider:

*[...] und es gibt eine klare wissenschaftliche Evidenz, dass gerade hochpotentes Cannabis das Psychoserisiko erhöht. Man ist zwar unsicher, ob es wirklich eine kausale Beziehung ist oder eher eine Assoziation; dennoch wissen wir, dass sich die Prognose verschlechtert, wenn die Patienten ihren Cannabis-Konsum fortführen [...]. (I10: 6)*

Patientinnen und Patienten mit einer Suchterkrankung als Komorbidität der schizotypen Erkrankung verschlechtern durch die Suchterkrankung ihre Prognose und erhöhen auch das Risiko für alle negativen Nebeneffekte wie Obdachlosigkeit, Gewalttätigkeit, häufigere Wiedereinweisungen und ein schlechteres somatisches Outcome (NCCMH 2011 [2016]-a).

### **Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“**

Dieser Qualitätsaspekt adressiert die Notwendigkeit einer regelmäßigen und ausreichenden somatischen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Dies ist von besonderer Relevanz, da diese Patientinnen und Patienten im Vergleich zur Normalbevölkerung zumeist mehr somatische, insbesondere Diabetes mellitus und kardiovaskuläre, Erkrankungen aufweisen, die jedoch häufig schlechter behandelt werden und letztlich eine Mit-Ursache für die geringere Lebenserwartung dieser Patientinnen und Patienten sein können (Lawrence und Kisely 2010, Karow et al. 2014, AQUA 2016: 44). Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen sind im besonderen Ausmaß von Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen, was einerseits mit ihrem Gesundheitsverhalten in Verbindung stehen kann, andererseits auch durch Nebenwirkungen der Psychopharmaka auftreten kann. So haben Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis oftmals einen hohen Nikotinabusus, häufig in Assoziation mit anderen Suchterkrankungen, ein schlechtes Ernährungsverhalten, wenig Bewegung, Übergewicht mit Stoffwechselstörungen. Dies unterliegt oftmals nicht einem Monitoring oder gegebenenfalls einer Behandlung (Gaebel und Wölwer 2010). Empfehlungen zur Diagnostik und einem regelmäßigen Monitoring werden auch in den Leitlinien gegeben (NCCMH 2014 [2017], NCCMH 2012 [2016],

Cooper et al. 2016), aber nur in weniger als der Hälfte der indizierten Fälle umgesetzt (AQUA 2016: 45). Eine fragmentierte Versorgungslandschaft, eine nicht optimale Koordination zwischen den einzelnen Versorgungssettings sowie unklare Verantwortlichkeiten können zu Ungleichheiten bei der somatischen Behandlung dieser Patientinnen und Patienten (Lawrence und Kisely 2010, IGES 2014). Da Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen allgemein ein weniger ausgeprägtes Gesundheitsverhalten bezüglich aller somatischen Erkrankungen haben (Lambert et al. 2016), ist eine regelmäßige Kontrolle von zusätzlicher Bedeutung. Hinzu kommt, dass vonseiten der Behandlerinnen und Behandler somatische Symptome oft aufgrund der schizophrenen Erkrankung nicht als solche erkannt werden, sondern der psychischen Erkrankung zugeordnet werden (Lawrence und Kisely 2010). Qualitative Studien weisen auch darauf hin, dass geäußerte somatische Beschwerden aufgrund des schizophrenen Krankheitsbildes von den Behandlerinnen und Behandlern nicht ernstgenommen werden (González-Torres et al. 2007, Leutwyler und Wallhagen 2010, Mestdagh und Hansen 2014). Zeigt sich bei den Behandlerinnen und Behandlern sogar ein fehlendes Interesse an somatischen Beschwerden, so wird dies von den Patientinnen und Patienten negativ wahrgenommen (Leutwyler und Wallhagen 2010).

Einen beispielhaften Überblick zu möglichen Untersuchungen und deren Zeitfenstern wird im AQUA-Bericht ausführlich gegeben (AQUA 2016: 44).

#### **Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“**

Im Verlauf der Erkrankung einer Patientin / eines Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis können restriktive Maßnahmen im Rahmen eines stationären Aufenthaltes notwendig werden (AQUA 2016). Unter restriktiven Maßnahmen während eines stationären Aufenthalts werden im Folgenden Fixierung, Isolation und Zwangsmedikation verstanden. Aus rechtlicher Perspektive zählen auch Unterbringungen in eine geschlossene stationäre Abteilung durch richterliche Einweisung zu den restriktiven Maßnahmen. Das Robert Koch-Institut legt hierzu dar, dass bei 2 bis 8 % der in psychiatrischen Fachkliniken behandelten Patientinnen und Patienten (vorwiegend mit einer Diagnose der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung) eine Einweisung ohne Einwilligung erfolgen musste (Gaebel und Wölwer 2010). Da die Unterbringung im Krankenhaus von Patientinnen und Patienten gegen ihren Willen in großen Maße durch behördliches Handeln bestimmt ist und nicht durch den Leistungserbringer selbst beeinflusst werden kann, liegt der Fokus im QS-Verfahren *Schizophrenie* auf den restriktiven Maßnahmen, die während eines stationären Aufenthalts durchgeführt werden (Fixierung, Isolation und Zwangsmedikation). Die Häufigkeit und die Art dieser restriktiven Maßnahmen werden im Bericht des AQUA-Instituts ausführlich dargelegt (AQUA 2016). Zu berücksichtigen ist zudem, dass restriktive Maßnahmen differenzierten rechtlichen Regelungen unterliegen.

In der für die Entwicklung des Qualitätsmodells verwendeten Literatur werden vor allem strukturelle und organisatorische Voraussetzungen beschrieben, die in Krankenhäusern, welche restriktive Maßnahmen durchführen, vorliegen sollen. Hierbei werden zum einen die gezielte Schulung von Personal, zum anderen auch das Vorhandensein einer ausreichenden Anzahl an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern genannt (NCCMH 2015). Bei der Betreuung von bspw. fixier-

ten Patientinnen und Patienten ist darauf zu achten, dass auch die Räumlichkeiten der Patientin / dem Patienten einen angemessenen Komfort bei gleichzeitigem Schutz vor Belästigungen anderer Patientinnen und Patienten oder externer Personen bieten (NCCMH 2011 [2016]-b). Dies zeigt sich auch in qualitativen Studien (Andreasson und Skärsäter 2012, Weich et al. 2012), welche zudem auch die Wichtigkeit einer vorherigen umfangreichen Aufklärung der Patientinnen und Patienten hervorheben (Andreasson und Skärsäter 2012, Topor und Di Girolamo 2010). Im Rahmen der leitfadengestützten Interviews mit Pflegepersonal, die das IQTIG durchgeführt hat, wurden Deeskalationstrainings und -maßnahmen genannt:

*[...] Wir hatten eine Prodeema-Schulung bekommen, wie deeskalieren wir. Da versuchen wir immer, so ein bisschen verbal es zu deeskalieren. Versuchen, den Patienten zu spiegeln, verstanden zu fühlen. Oft kriegt man da schon eine Tür ins Schloss. Oft kommt man dann schon auf eine Ebene und dann fühlt der Patient, okay, der versteht mich. So können wir die ganz oft schon herunterregulieren. Und wir gehen auch raus spazieren, einfach weg von der Station. Das hilft meist schon. (GD2\_Pflege: 114f)*

Auch im Rahmen der leitfadengestützten Interviews des IQTIG mit Ärztinnen und Ärzten waren Deeskalationsmaßnahmen ein Thema:

*[...] Strategien, das ist so eine Sache, die so seit 10, 15 Jahren auch in [Stadt] angekommen ist, das kommt aus den Niederlanden, Deeskalation, dass, wenn zum Beispiel Gewaltsituationen entstehen, [...].*

*[...] Deeskalation, dass, wenn zum Beispiel Gewaltsituationen, also Zwangssituationen entstehen – dass man irgendwie versucht, die Würde zu erhalten. Dass die Leute, die das machen, die Zwang ausüben, gut geschult sind, dass der Patient eine Begleitung behält und dass man ihm wirklich versucht, wenn es ihm besser geht, zu erklären, warum das nicht zu vermeiden war. Das ist aus meiner Sicht und vielleicht auch dableiben, daneben sitzen, ihn beruhigen, ihm alles erklären, was man macht. Und aus meiner Erfahrung ist es so, dass die Patienten das durchaus auch mitbekommen. (I03: 24)*

Als weiterhin wichtig wird eine Nachbesprechung der durchgeführten restriktiven Maßnahme sowohl in den Leitlinien (NCCMH 2015) als auch in den qualitativen Studien (Andreasson und Skärsäter 2012) hervorgehoben. Ferner wird zum Schutz der Patientinnen und Patienten bei Eigengefährdung und bei Fremdgefährdung eine schnelle, begrenzte und kontrollierte Beruhigungsmedikation empfohlen (NCCMH 2011 [2016]-b). Hierbei ist jedoch auch auf die Sicherheit der verabreichenden Personen zu achten (NCCMH 2015). Neben den oben genannten Aspekten ist die Aufklärung der Patientin / des Patienten, hier insbesondere über ihre/seine Rechte, aber auch über die Notwendigkeit der Maßnahme von Relevanz. Dies bezieht sich einerseits auf die angemessene Vermittlung dieser auch während einer restriktiven Maßnahme (NCCMH 2011 [2016]-b), andererseits auf die Respektierung der Rechte durch alle Behandlerinnen und Behandler während einer restriktiven Maßnahme (NCCMH 2015). Diese Rechte, wie bspw. das der

Religionsausübung, sollte die Patientin / der Patient soweit möglich auch im Rahmen einer restriktiven Maßnahme wahrnehmen können (NCCMH 2015).

Die oben beschriebenen Deeskalationsmaßnahmen, die in den vom IQTIG durchgeführten, leitfadengestützten Interviews mit Ärztinnen und Ärzten, Pflegepersonal und Therapeutinnen und Therapeuten beschrieben wurden, dienen insbesondere dazu, Situationen zu entschärfen, die in einer restriktiven Maßnahme enden könnten. Dies ist wichtig, da Zwangsmaßnahmen, auch wenn sie gerechtfertigt und rechtlich erlaubt sind, immer schwere Eingriffe in die Rechte der Patientin / des Patienten sind (Pollmächer 2017) und als traumatisierend wahrgenommen werden können (Stein et al. 2015, Avieli et al. 2016). In der Literatur zeigt sich, dass vor allem die Art der Ausführung und nicht primär die Häufigkeit der restriktiven Maßnahmen von hoher Relevanz für die Qualität in diesem Kontext ist (DGPPN 2014), da sie in dem Moment geschieht, in dem die Patientin / der Patient ihre/seine Rechte nicht mehr vertreten kann und in ihrer/seiner Freiheit eingeschränkt wird (NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2015). Anhand der bloßen Häufigkeit von restriktiven Maßnahmen kann die Qualität eines stationären Leistungserbringers dagegen nicht angemessen bewertet werden, da sich die Anzahl restriktiver Maßnahmen zu einem erheblichen Teil auch aus Faktoren ergibt, die nicht durch den Leistungserbringer beeinflusst werden können, wie unterschiedliche Patientenpopulationen je nach Standort oder auch polizeiliches bzw. behördliches Handeln.

Präventive Maßnahmen, die geeignet sind, restriktive Maßnahmen gegebenenfalls zu vermeiden oder zu reduzieren, wie gemeindenahе niederschwellige Angebote zur Krisenintervention, Krisenpläne oder Behandlungsvereinbarungen, werden unter dem Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ des Modells subsumiert (siehe 1.1.1.1). Der Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“ im vorliegenden verfahrensspezifischen Qualitätsmodell fokussiert inhaltlich deshalb auf die Durchführung der restriktiven Maßnahme. Dass dieser Qualitätsaspekt eingeschlossen werden sollte, hat sich in den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten bestätigt:

*Ich war ziemlich oft zwangseingeliefert, fixiert am Bett. Und das finde ich besonders negativ an der Psychiatrie. Auch von der Polizei, dass man mit Handschellen abgeführt wird, finde ich sehr negativ. Dann dass eine Fixierung, keine gleichzeitigen Gespräche und kein Abschlussgespräch stattfinden, finde ich auch sehr negativ, ja. (GD2\_Patienten: 30)*

### **Qualitätsaspekte „Veränderungen der Symptombelastung“, „Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus“, „Teilhabe“ und „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“**

Im Ergebnis der Erstellung des Qualitätsmodells wurden „Veränderungen der Symptombelastung“, „Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus“, „Teilhabe“ sowie „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“ als die Qualitätsaspekte identifiziert und ausgewählt, für die es nicht sachgerecht wäre, die Verantwortung einem einzelnen Leistungserbringer zuzuschreiben. So sind an den relevanten, erst mittelfristig beurteilbaren Behandlungsergebnissen „Veränderungen der Symptombelastung“, „Veränderungen des psychosozialen Funktionsni-

veaus“ und „Teilhabe“ grundsätzlich mehrere Leistungserbringer zu unterschiedlichen Zeitpunkten und in verschiedenen Versorgungssettings beteiligt. Hinsichtlich des Angebots und der Nutzung bestimmter Versorgungselemente, wie zum Beispiel der ambulanten Psychotherapie, oder spezifischer Behandlungsoptionen sind die Leistungserbringer auf Versorgungsstrukturen angewiesen, deren Umfang und Ausgestaltung sie nicht unmittelbar bzw. allein zu verantworten haben, zumindest nicht, solange es noch keine integrierten Verantwortungsstrukturen gibt. Zusätzlich wird im Zuge der multiprofessionellen komplexen Versorgung der Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis regelmäßig der Regelungsbereich des SGB V überschritten, was die Überwindung der Fragmentierung erschwert (siehe 1.1.1.1).

Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen weisen meist einen chronischen Krankheitsverlauf auf und werden unter Beteiligung verschiedener Akteure des Gesundheitswesens in unterschiedlicher Behandlungssettings versorgt (siehe Abschnitt 10.1 im Abschlussbericht der Patientenbefragung sowie AQUA (2016: 36-37)). Eine eindeutige Zuschreibung der Verantwortung im Hinblick auf die Ergebnisqualität einer Behandlung von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ist in diesem Versorgungskontext nicht möglich. Weiterhin können im Rahmen des beauftragten QS-Verfahrens *Schizophrenie* nur solche Leistungserbringer adressiert werden, die zur Versorgung der Patientinnen und Patienten Leistungen innerhalb des SGB V erbringen. Innerhalb des SGB V adressiert das QS-Verfahren stationär und ambulant tätige Fachärzte, jedoch nicht Haus- und Allgemeinärzte. Das IGES hat in einer Analyse von Sozialdaten einer Krankenkasse festgestellt, dass 80 % der Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen zwischen 2008 und 2010 ausschließlich oder unter Beteiligung von Fachärzten der Neurologie, Nervenheilkunde oder Psychiatrie vertragsärztlich versorgt wurden; 15 % wurden ambulant ohne Beteiligung von Fachärzten behandelt (IGES 2014). Ein Teil der ambulanten Versorgung, die innerhalb und außerhalb des SGB V erfolgt (z. B. der Sozialpsychiatrische Dienst und betreutes Wohnen nach SGB IX oder Arbeitsrehabilitation nach SGB XII), kann vom QS-Verfahren *Schizophrenie* nicht erfasst werden. Gerade bei Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Erkrankung tragen aber auch diese Leistungserbringer langfristig zum Ergebnis der Versorgung bei.

Eine „ideale“ Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis setzt somit eine andere Struktur als derzeit in der Regelversorgung in Deutschland vorhanden voraus (Taylor et al. 2009). Dies macht deutlich, dass die notwendigen Leistungen einer „idealen“ Versorgung, wie sie teilweise in Modellprojekten/IV-Modellen erreicht werden kann, niemals von einem einzelnen Leistungserbringer allein erbracht und folglich auch niemals einem einzelnen Leistungserbringer zugeordnet werden kann. Wenn aber die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen im Fokus der Qualitätssicherung stehen soll, dann müssen die Zuordnungen andere sein. Damit trotzdem in der derzeitigen Versorgungssituation die Gesamtbetrachtung der Versorgungsqualität möglich wird, muss diese als Systemqualität in die Erhebung einbezogen werden. Konkret bedeutet dies, dass unter den derzeitigen Systemvoraussetzungen sowohl patientenrelevante Outcomes als auch die Angebote und Nutzungen von ambulanten Behandlungsoptionen erfasst und rückgemeldet werden, aber nicht einem einzelnen Leistungserbringer

verantwortlich zugeschrieben werden können. Eine Betrachtung dieser Qualitätsaspekte ist daher derzeit nur als Systemqualität (auf Bundesebene) sinnvoll. Würde man aber auf die Erhebung dieser Systemqualität verzichten, erscheint eine angemessene Einbeziehung des patientenrelevanten Outcomes für Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis in ein QS-Verfahren nach § 136ff nicht möglich. Denn obwohl diese Erkrankungen häufig chronisch und dauerhaft einschränkend verlaufen, wird die Messung der Ergebnisqualität i. S. d. psychosozialen Funktionalität oder Veränderungen in der Symptomatik anhand von Messinstrumenten wenig in der Fachwelt thematisiert. Dies ist insbesondere hinsichtlich der Beurteilung der Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises problematisch (Nolting et al. 2016).

Die Erfassung der Outcomes über Indikatoren zur Systemqualität ist auch ohne eine Risikoadjustierung möglich, zumal es dafür zurzeit keine evidenzbasierten überzeugenden Konzepte in Bezug auf die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gibt. Durch die Darstellung der Systemqualität im zeitlichen Verlauf sollen einerseits qualitätsbezogene Verbesserungsbedarfe in der Versorgung dieser Patientinnen und Patienten erkannt werden. Andererseits kann die Korrelationen auf Bundesebene zwischen den Prozessindikatoren und dem patientenrelevanten Outcome geprüft und damit ein wichtiger Beitrag zur begleitenden Evaluation des QS-Verfahrens geleistet werden. Damit wiederum soll eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, auch im Sinne der Optimierung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses, sichergestellt werden.

Diese Systemqualität kann sowohl mittelfristige patientenbezogene Outcomes, die unter Umständen bei verschiedenen Leistungserbringern erhoben und im Zeitverlauf patientenbezogen zusammengeführt werden können, als auch Strukturinformationen aus Sozialdaten bei den Krankenkassen zum Angebot und zur Nutzung bestimmter ambulanter Behandlungsoptionen umfassen. Die Messung des patientenrelevanten Outcomes kann neben einer Erfassung über eine Patientenbefragung auch mittels regelmäßiger Erhebungen mit strukturierten Instrumenten aus der Behandlungssituation heraus gemeinsam durch die jeweilige Psychiaterin / den jeweiligen Psychiater und ihren/seinen Patientinnen und Patienten erfolgen. Durch das damit verbundene unmittelbare Feedback in der Behandlungssituation soll eine notwendige, stärkere Outcome-Orientierung der einzelnen Leistungserbringer gefördert werden. Die patientenbezogene Zusammenführung und Rückmeldung dieser Daten über Zeitverläufe und Leistungserbringer hinweg kann dann neuartige Follow-up-Informationen bereitstellen, von denen weitere Verbesserungsimpulse zu erwarten sind. Insofern sieht das IQTIG in einer regelmäßigen systembezogenen Outcome-Erhebung für Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sowohl Verbesserungsimpulse für das Versorgungssystem als Ganzem als auch für die einzelnen Leistungserbringer. Im Zuge der weiteren Entwicklungen wird zu prüfen sein, inwieweit die Erhebung bestimmter Outcomes – insbesondere hinsichtlich der Qualitätsaspekte „Veränderung des psychosozialen Funktionsniveaus“ und „Veränderung der Symptombelastung“ – auf die Subpopulation der Ersterkrankten eingeschränkt werden sollte.

### **Qualitätsaspekt „Veränderungen der Symptombelastung“**

Die Reduktion der Symptome von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in der akuten und post-akuten Phase, wie Wahnvorstellungen, Agitiertheit oder Aggression, ist das oberste Behandlungsziel; es handelt sich hierbei um Symptome, die für die Patientin / den Patienten sehr einschränkend, belastend und ggf. gefährlich sein können (NCCMH 2014 [2017]). Nach diesen beiden Phasen treten jedoch auch andere Therapieziele in den Vordergrund, die sich beispielsweise auf den Abbau kognitiver und sozialer Defizite und weniger auf die Symptomreduktion konzentrieren. In den leitfadengestützten Einzelinterviews zeichnete sich ebenfalls ab, dass die Kontrolle der Symptomatik die Grundlage für langfristige Behandlungsziele darstellt:

*Das ist eigentlich ein ganz wichtiges Thema, aber auch z. B. die psychosoziale Nachbetreuung, berufliche Reintegration, alles das hängt natürlich auch davon ab, inwieweit der Patient eigentlich so von der Symptomatik stabil bleibt, [...]. (I03: 6)*

*Oft hat diese Patientengruppe berufliche Probleme, Wohnungsprobleme – einen Jobverlust, Wohnungsverlust, Probleme im interpersonellen Bereich, in der Familie. Das sind dann alles Dinge – am Anfang steht die medikamentöse Therapie im Vordergrund, in den ersten Tagen. Das tritt dann immer mehr in den Hintergrund und dann treten psychosoziale Maßnahmen in den Vordergrund – im weiteren Verlauf. Und das machen wir dann eher auf einer offenen Station. (I10: 4)*

Gleichwohl wird in der Fachliteratur darauf hingewiesen, dass Patientinnen und Patienten auch mit einer bestehenden Restsymptomatik eine selbstbestimmte Lebensführung erreichen können (Fleischhacker et al. 2014, Bock und Lambert 2013).

### **Qualitätsaspekt „Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus“**

Beeinträchtigungen des sozialen Funktionsniveaus sind eine häufige Folge von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (AQUA 2016, Gaebel und Wölwer 2010, Mehl et al. 2016, Karow et al. 2012). Die Patientinnen und Patienten sind in verschiedenen Lebenssituationen in ihren psychischen, sozialen oder beruflichen Funktionen eingeschränkt. Es fällt ihnen bspw. schwer, eine Arbeitsstelle zu behalten, ihre Rolle als Elternteil in einer Familie auszufüllen oder Alltagssituationen wie Einkaufen oder die Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln zu meistern (Csipke und Wykes 2010). Die Patientinnen und Patienten sind aufgrund ihrer Erkrankung oftmals in ihrer sozialen Funktionalität eingeschränkt und haben deshalb eine geminderte Lebensqualität (Karow et al. 2012). Die postakute Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen zielt neben der Reduktion der Symptomatik vor allem darauf ab, die Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer eigenen Möglichkeiten darin zu unterstützen, langfristig selbstbestimmt und selbstverantwortlich zu leben sowie ihre berufliche und soziale Leistungsfähigkeit zu erhalten oder (wieder-)herzustellen (Gaebel und Wölwer 2010, NCCMH 2014 [2017], AQUA 2016, Nolting et al. 2016, Weinmann et al. 2009,

Fleischhacker et al. 2014). In der Fachliteratur werden verschiedene Aspekte von funktioneller und persönlicher (Wieder-)Herstellung und Krankheitsbewältigung diskutiert, ohne dass jedoch eine allgemein akzeptierte Definition vorliegt (Fleischhacker et al. 2014, Slade et al. 2010, Brown 2012). Zu diesem Zweck können umfassende Angebote, die Ausbildung/Arbeit und Wohnen betreffen, den Patientinnen und Patienten nutzen (Fleischhacker et al. 2014, Lambert et al. 2016). Diese Faktoren spiegelten sich auch in den vom IQTIG durchgeführten Einzelinterviews und Fokusgruppen wider, das wird in diesem Zitat eines befragten Arztes deutlich:

*Bei den Neuerkrankten geht es vor allen Dingen darum, dass man sie versucht bei der Stange zu halten. Dass man ihnen versucht klarzumachen, dass sie – wenn sie die Medikation einnehmen, regelmäßig – dass sie eine gute Chance haben auch für ihr weiteres Leben. Dass sie es schaffen könnten, eine Berufsausbildung zu machen und auch in dem Beruf zu arbeiten. Und dass man damit auch den Krankheitsverlauf oder auch die sozialen und finanziellen, wirtschaftlichen Folgen für die Patienten entsprechend abmildern könnte. (I02: 4)*

### **Qualitätsaspekt „Teilhabe“**

Im Unterschied zum psychosozialen Funktionsniveau fokussiert der Qualitätsaspekt der Teilhabe auf das Eingebunden-Sein und die Partizipation der Patientinnen und Patienten am Leben in der Gesellschaft. Die Schizophrenie gehört weltweit zu den zehn häufigsten Ursachen einer Behinderung (Murray und Lopez 1996). Das Risiko der Arbeitslosigkeit ist bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis um das 6-Fache erhöht; nur etwa 10 bis 20 % dieser Patientinnen und Patienten arbeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt (OECD 2012, Mueser et al. 2013). Zudem wird geschätzt, dass 15 % der in Europa lebenden Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis Erfahrungen mit Obdachlosigkeit machen mussten (Bebbington et al. 2005).

Die Relevanz dieser Thematik spiegelt sich auch in dem Gesetzentwurf zur „Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung“ (Bundesteilhabegesetz) wider. Das oberste Ziel, welches mittels der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis erreicht werden soll, ist die „Sicherung eines möglichst eigenständigen Lebens in der Gemeinde“ (Nolting et al. 2016). Die Selbstbestimmung bei einem gleichzeitig erfüllten Leben in der Gemeinschaft (Fleischhacker et al. 2014) ist für diese Patientinnen und Patienten von hoher Relevanz. Der Aspekt der Teilhabe wurde auch in den vom IQTIG durchgeführten Einzelinterviews mit Ärztinnen und Ärzten deutlich:

*Also, eigentlich ist das schon so ein sehr wichtiger Faktor – die sozialen Kontakte. Das ist so mit der Hauptfaktor. (I06: 4)*

*Und die Sozialkontakte, die sind einfach, also, das ist ganz wichtig. Das zu fördern, also das ist nach meiner Erfahrung halt so eine richtig wichtige Größe und woran ich auch immer erkenne, dass es dem Klienten schon besser geht – wenn er irgendwo angebunden ist, wenn er irgendwo, ja, soziale Kontakte hat. Dann läuft es stabiler. (I06: 72)*

### **Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“**

Dieser Aspekt beinhaltet zum einen die Koordination der Behandlung von an Schizophrenie erkrankten Patientinnen und Patienten und zum anderen die Kooperation der Versorger aus den verschiedenen Sektoren und Versorgungssettings gerade auch im ambulanten Bereich. Aktuell fehlt in Deutschland eine Koordination der Leistungserbringer über die Sektorengrenzen hinweg (Nolting et al. 2016). Als zentrale Lösungen wird in der Literatur neben Case-Management-Ansätzen (Kerkemeyer et al. 2015, Lawrence und Kisely 2010) insbesondere die nachgehende gemeindepsychiatrische Behandlung empfohlen, die durch aufsuchende Betreuung im häuslichen Setting von einem multiprofessionellen Behandlungsteam (ACT) (NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013) erfolgt. Solche Versorgungsansätze gibt es in Deutschland in Form von integrierten Versorgungsmodellen. Durch gemeindebasierte psychosoziale Interventionen lässt sich eine Verbesserung der langfristigen Behandlungsergebnisse bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis erreichen (Weinmann et al. 2009, Bramesfeld et al. 2012, Schmidt-Kraepelin et al. 2009, Fischer et al. 2014, Bock und Lambert 2013).

Dieser Qualitätsaspekt betrifft ferner den ausreichenden Einsatz von Psycho- und Soziotherapie für Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Dass diese Therapieangebote notwendig sind, wird auch in den Leitlinien thematisiert (NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013). Hinsichtlich der Psychotherapie zeigt sich aktuell eine unzureichende Versorgung der Patientinnen und Patienten (Kösters et al. 2016, Nolting et al. 2016). Nur ein geringer Teil der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie, einer schizotypen und wahnhaften Störung erhält eine Psychotherapie (Nolting et al. 2016), darüber hinaus ist der Zugang zu dieser Leistung mit einer langen Wartezeit verbunden (Lambert et al. 2014). AQUA (2016) beschreibt, dass in eigenen Analysen auf Basis von Sozialdaten nur 4,1 % der Patientinnen und Patienten eine ambulante Psychotherapie erhalten haben. In 3,3 % wurde diese von einer psychologischen Psychotherapeutin oder einem psychologischen Psychotherapeuten und in 0,8 % von einer psychotherapeutisch tätigen Ärztin oder einem psychotherapeutisch tätigen Arzt durchgeführt (AQUA 2016). Ein weiteres Problem in diesem Bereich der Therapie ist, dass die reguläre Psychotherapie kaum an die besonderen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis angepasst wird, wie zum Beispiel durch kürzere, aber häufigere Termine für die Patientinnen und Patienten (Nolting et al. 2016). Verschärfend kommt hinzu, dass es aktuell keine Weiterbildungsverpflichtung für ambulant tätige Psychotherapeutinnen und -therapeuten gibt, was die Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen angeht (Lambert et al. 2014). Dem steht eine Empfehlung für Psychotherapie ergänzend zur Routineversorgung, insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit persistierenden Positiv- oder Negativsymptomen, gegenüber (SIGN 2013, NCCMH 2014 [2017], NCCMH 2012 [2016]). Diese Darstellung sowohl hinsichtlich der Relevanz einer Psychotherapie für diese Patientinnen und Patienten als auch hinsichtlich der Defizite der Versorgung in diesem Bereich entspricht auch der des AQUA-Berichts (AQUA 2016). Eine ebenfalls defizitäre Versorgungssituation bei gleichzeitig hoher Relevanz zeigt sich für die Therapiemöglichkeit der Soziotherapie. In einer speziell auf diese Therapieform ausgerichteten S3-Leitlinie werden auf Grundlage von hochwertiger Evidenz Empfehlungen zu soziotherapeutischen Interventionen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gegeben. Es wird ebenfalls die hohe Relevanz einer solchen

Therapieform für Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis dargelegt (DGPPN und Falkai 2013). In einer Untersuchung des IGES (2014) konnte gezeigt werden, dass nur bei 1,3 % der Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen im Jahr 2010 ein soziotherapeutischer Leistungserbringer hinzugezogen wurde. Kerkemeyer et al. (2015) verweisen ebenfalls darauf, dass Soziotherapie in Deutschland bei diesen Patientinnen und Patienten nur selten angewendet wird. In einer Richtlinie des G-BA zur Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-RL, ST-RL, vom 22. Januar 2015) ist dargelegt, dass ein solches Therapieangebot den Patientinnen und Patienten den Zugang zu notwendigen ärztlichen Leistungen häufig erst ermöglicht.

## Literatur

- Addington, D (2009): Best Practices: Improving quality of care for patients with first-episode psychosis. *Psychiatric Services* 60(9): 1164-1166. DOI: 10.1176/appi.ps.60.9.1164.
- Allard, J; Lancaster, S; Clayton, S; Amos, T; Birchwood, M (2016): Carers' and service users' experiences of early intervention in psychosis services: implications for care partnerships. *Early Intervention in Psychiatry* 13. DOI: 10.1111/eip.12309.
- Andreasson, E; Skärsäter, I (2012): Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: Basis for an action plan. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 19(1): 15-22. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01748.x.
- Appelbaum, PS (2006): Decisional Capacity of Patients With Schizophrenia to Consent to Research: Taking Stock. *Schizophrenia Bulletin* 32(1): 22-25. DOI: 10.1093/schbul/sbi063.
- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [*Abschlussbericht*]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: [https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua\\_de/Projekte/452\\_Schizophrenie/Schizophrenie\\_Abschlussbericht.pdf](https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf) (abgerufen am: 18.09.2017).
- Avieli, H; Mushkin, P; Araten-Bergman, T; Band-Winterstein, T (2016): Aging With Schizophrenia: A Lifelong Experience of Multidimensional Losses and Suffering. *Archives of Psychiatric Nursing* 30(2): 230-236. DOI: 10.1016/j.apnu.2015.11.005.
- Barnes, TRE; BAP [British Association for Psychopharmacology, Schizophrenia Consensus Group] (2011): Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology* 25(5): 567-620. DOI: 10.1177/0269881110391123.
- Bäumli, J; Froböse, T; Kraemer, S; Rentrop, M; Pitschel-Walz, G (2006): Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin* 32(Suppl. 1): S1-S9. DOI: 10.1093/schbul/sbl017.

- Bebbington, PE; Angermeyer, M; Azorin, J-M; Brugha, T; Kilian, R; Johnson, S; et al. (2005): The European Schizophrenia Cohort (EuroSC): a naturalistic prognostic and economic study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 40(9): 707-717. DOI: 10.1007/s00127-005-0955-5.
- Becker, T (2014): Wo ist der Fortschritt in der Therapie, Rehabilitation und Versorgung psychisch erkrankter Menschen? *Schizophrenie – Mitteilungsorgan der gfts [Gesellschaft zur Förderung empirisch begründeter Therapieansätze bei schizophrenen Menschen]* 30(September): 44-57. URL: [http://www.gfts.de/PublGftsNr30\\_Druckfassung.pdf](http://www.gfts.de/PublGftsNr30_Druckfassung.pdf) (abgerufen am: 18.08.2016).
- Beitinger, R; Kissling, W; Hamann, J (2014): Trends and perspectives of shared decision-making in schizophrenia and related disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 27(3): 222-229. DOI: 10.1097/YCO.000000000000057.
- Bock, T; Lambert, M (2013): Hamburger Modell. Entwicklungspotenziale der Krankenhausversorgung. *Nervenheilkunde* 32(5): 270-274.
- Boydell, KM; Stasiulis, E; Volpe, T; Gladstone, B (2010): A descriptive review of qualitative studies in first episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry* 4(1): 7-24. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2009.00154.x.
- Bramesfeld, A; Ungewitter, C; Böttger, D; El Jurdi, J; Losert, C; Kilian, R (2012): What promotes and inhibits cooperation in mental health care across disciplines, services and service sectors? A qualitative study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 21(1): 63-72. DOI: 10.1017/S2045796011000539.
- Brown, C (2012): Occupational therapy practice guidelines for adults with serious mental illness. Maryland, US-MD: American Occupational Therapy. ISBN: 978-1-56900-331-2.
- Buchanan, RW; Kreyenbuhl, J; Kelly, DL; Noel, JM; Boggs, DL; Fischer, BA; et al. (2010): The 2009 Schizophrenia PORT Psychopharmacological Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin* 36(1): 71-93. DOI: 10.1093/schbul/sbp116.
- Büchtemann, D; Kästner, D; Warnke, I; Radisch, J; Baumgardt, J; Giersberg, S; et al. (2016): Hospital utilization outcome of an assertive outreach model for schizophrenic patients – results of a quasi-experimental study. *Psychiatry Research* 241: 249-255. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.05.012.
- CADTH [Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health] (2011): Optimal Use Recommendations for Atypical Antipsychotics: Combination and High-Dose Treatment Strategies in Adolescents and Adults with Schizophrenia. [Stand:] December 2011. (CADTH Optimal Use Report, Vol. 1, No. 1C). Ottawa: CADTH. URL: [https://www.cadth.ca/media/pdf/H0503\\_AAP\\_rec-report\\_e.pdf](https://www.cadth.ca/media/pdf/H0503_AAP_rec-report_e.pdf) (abgerufen am: 29.08.2016).
- Cañas, F; Alptekin, K; Azorin, JM; Dubois, V; Emsley, R; García, AG; et al. (2013): Improving treatment adherence in your patients with schizophrenia: The STAY initiative. *Clinical Drug Investigation* 33(2): 97-107. DOI: 10.1007/s40261-012-0047-8.

- Cooper, SJ; Reynolds, GP; Barnes, TRE; England, E; Haddad, PM; Heald, A; et al. (2016): BAP guidelines on the management of weight gain, metabolic disturbances and cardiovascular risk associated with psychosis and antipsychotic drug treatment. *Journal of Psychopharmacology* 30(8): 717-748. DOI: 10.1177/0269881116645254.
- Csipke, E; Wykes, T (2010): Global functioning scales. Section 5. In: Thornicroft, G; Tansella, M; Hrsg.: *Mental Health Outcome Measures*. Third Edition. London: RCPsych Publications, 83-98. ISBN: 978-1-904671-92-3.
- Das, AK; Malik, A; Haddad, PM (2014): A qualitative study of the attitudes of patients in an early intervention service towards antipsychotic long-acting injections. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology* 4(5): 179-185. DOI: 10.1177/2045125314542098.
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Falkai, P Hrsg. (2013): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [*Langfassung*]. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-30269-5. URL: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-020I\\_S3\\_Psychosoziale\\_Therapien\\_10-2012.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020I_S3_Psychosoziale_Therapien_10-2012.pdf) (abgerufen am: 07.12.2018).
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2014): Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. *Nervenarzt* 85(11): 1419-1431. DOI: 10.1007/s00115-014-4202-8.
- Dixon, LB; Dickerson, F; Bellack, AS; Bennett, M; Dickinson, D; Goldberg, RW; et al. (2010): The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin* 36(1): 48-70. DOI: 10.1093/schbul/sbp115.
- Dixon, LB; Holoshitz, Y; Nossel, I (2016): Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: review and update. *World Psychiatry* 15(1): 13-20. DOI: 10.1002/wps.20306.
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege] (2009): Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück: DNQP. ISBN: 978-3-00-010559-3.
- Fischer, F; Hoffmann, K; Mönter, N; Walle, M; Beneke, R; Negenborn, S; et al. (2014): Kostenevaluation eines Modells der Integrierten Versorgung für schwer psychisch Kranke. *Gesundheitswesen* 76(2): 86-95. DOI: 10.1055/s-0033-1343438.
- Fleischhacker, WW; Arango, C; Arteel, P; Barnes, TRE; Carpenter, W; Duckworth, K; et al. (2014): Schizophrenia – time to commit to policy change. *Schizophrenia Bulletin* 40(Suppl. 3): S165-S194. DOI: 10.1093/schbul/sbu006.
- Forsberg, K-A; Lindqvist, O; Bjorkman, TN; Sandlund, M; Sandman, PO (2011): Meanings of participating in a lifestyle programme for persons with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25(2): 357-364. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2010.00834.x.
- Gaebel, W; Wölwer, W (2010): Schizophrenie. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 50). Berlin: RKI [Robert Koch-Institut] [u. a.]. ISBN: 978-3-89606-194-2. URL: <http://>

[www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Schizophrenie.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Schizophrenie.pdf?__blob=publicationFile) (abgerufen am: 25.07.2016).

- Gioia, D (2006): Examining Work Delay in Young Adults with Schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 9(3): 167-190. DOI: 10.1080/15487760600961543.
- González-Torres, MA; Oraa, R; Arístegui, M; Fernández-Rivas, A; Guimon, J (2007): Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. A qualitative study with focus groups. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 42(1): 14-23. DOI: 10.1007/s00127-006-0126-3.
- Gunmo, P; Fatouros-Bergman, H (2011): What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being. *International Journal Qualitative Studies Health Well-being* 6(1): 5412. DOI: 10.3402/qhw.v6i1.5412.
- Hamann, J; Mendel, R; Cohen, R; Heres, S; Ziegler, M; Buhner, M; et al. (2009): Psychiatrists' use of shared decision making in the treatment of schizophrenia: patient characteristics and decision topics. *Psychiatric Services* 60(8): 1107-1112. DOI: 10.1176/appi.ps.60.8.1107.
- Hamann, J; Kohl, S; McCabe, R; Bühner, M; Mendel, R; Albus, M; et al. (2016): What can patients do to facilitate shared decision making? A qualitative study of patients with depression or schizophrenia and psychiatrists. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 51(4): 617-625. DOI: 10.1007/s00127-015-1089-z.
- Harris, K; Collinson, C; das Nair, R (2012): Service-users' experiences of an early intervention in psychosis service: An interpretative phenomenological analysis. *Psychology & Psychotherapy* 85(4): 456-469. DOI: 10.1111/j.2044-8341.2011.02043.x.
- Härter, M; Brandes, A; Hillebrandt, B; Lambert, M (2015): psychenet – das Hamburger Netz psychische Gesundheit. *Psychiatrische Praxis* 42(Suppl. 1): S4-S8. DOI: 10.1055/s-0034-1387656.
- Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, WF; et al. (2012): World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 1: Update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. *World Journal of Biological Psychiatry* 13(5): 318-378. DOI: 10.3109/15622975.2012.696143.
- Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, WF; et al. (2013): World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *World Journal of Biological Psychiatry* 14(1): 2-44. DOI: 10.3109/15622975.2012.739708.
- Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, WF; et al. (2015): World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: Depression, Suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation. *World Journal of Biological Psychiatry* 16(3): 142-170. DOI: 10.3109/15622975.2015.1009163.

- Holding, JC; Gregg, L; Haddock, G (2016): Individuals' experiences and opinions of psychological therapies for psychosis: A narrative synthesis. *Clinical Psychology Review* 43: 142-161. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.10.004.
- Howe, L; Tickle, A; Brown, I (2014): 'Schizophrenia is a dirty word': service users' experiences of receiving a diagnosis of schizophrenia. *Psychiatric Bulletin* 38(4): 154-158. DOI: 10.1192/pb.bp.113.045179.
- Hunt, GE; Siegfried, N; Morley, K; Sitharthan, T; Cleary, M (2013): Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10). Art. No.: CD001088. DOI: 10.1002/14651858.CD001088.pub3.
- IGES; Hrsg. (2014): Neurologische und psychiatrische Versorgung aus sektorenübergreifender Perspektive. [Stand:] 26.02.2014. Berlin: IGES. URL: [http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e8885/e10582/e10588/e10590/attr\\_obj10593/IGES\\_NeurologischpsychiatrischeV\\_ersorgung\\_2014\\_WEB\\_ger.pdf](http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e8885/e10582/e10588/e10590/attr_obj10593/IGES_NeurologischpsychiatrischeV_ersorgung_2014_WEB_ger.pdf) (abgerufen am: 18.09.2017).
- Iyer, S; Banks, N; Roy, M-A; Tibbo, P; Williams, R; Manchanda, R; et al. (2013): A qualitative study of experiences with and perceptions regarding long-acting injectable antipsychotics: part I – patient perspectives. *Canadian Journal of Psychiatry* 58(5 Suppl. 1): 14S-22S. DOI: 10.1177/088740341305805s03.
- Jeste, DV; Depp, CA; Palmer, BW (2006): Magnitude of Impairment in Decisional Capacity in People With Schizophrenia Compared to Normal Subjects: An Overview. *Schizophrenia Bulletin* 32(1): 121-128. DOI: 10.1093/schbul/sbj001.
- Jørgensen, M; Mainz, J; Svendsen, ML; Nordentoft, M; Voldsgaard, I; Baandrup, L; et al. (2015): Improving quality of care among patients hospitalised with schizophrenia: a nationwide initiative. *British Journal of Psychiatry Open* 1(1): 48-53. DOI: 10.1192/bjpo.bp.115.000406.
- Jørgensen, M; Mainz, J; Johnsen, SP (2016): Admission Volume and Quality of Mental Health Care Among Danish Patients With Recently Diagnosed Schizophrenia. *Psychiatric Services* 67(5): 536-542. DOI: 10.1176/appi.ps.201500026.
- Jürgensen, M; Patzelt, C; Meyer, T (2014): „Dass man also frei bleibt, aber immer das Gefühl hat: Da ist diese Haltestange, die ich brauch.“ Integrierte Versorgung aus Sicht von Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung und ihrer Angehörigen. *Psychiatrische Praxis* 41(1): 29-36. DOI: 10.1055/s-0033-1343160.
- Karow, A; Reimer, J; König, HH; Heider, D; Bock, T; Huber, C; et al. (2012): Cost-Effectiveness of 12-Month Therapeutic Assertive Community Treatment as Part of Integrated Care Versus Standard Care in Patients With Schizophrenia Treated With Quetiapine Immediate Release (ACCESS Trial). *Journal of Clinical Psychiatry* 73(3): e402-e408. DOI: 10.4088/JCP.11m06875.
- Karow, A; Bock, T; Daubmann, A; Meigel-Schleiff, C; Lange, B; Lange, M; et al. (2014): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 2. Ergebnisse des 2- und 4-Jahres-Langzeitverlaufs. *Psychiatrische Praxis* 41(5): 266-273. DOI: 10.1055/s-0033-1349496.

- Kerkemeyer, L; Mostardt, S; Biermann, J; Wasem, J; Neumann, A; Walendzik, A; et al. (2015): Evaluation of an integrated care program for schizophrenia: concept and study design. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 265(2): 155-162. DOI: 10.1007/s00406-014-0508-6.
- Kinter, ET; Schmeding, A; Rudolph, I; dosReis, S; Bridges, JFP (2009): Identifying patient-relevant endpoints among individuals with schizophrenia: An application of patient-centered health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 25(1): 35-41. DOI: 10.1017/S0266462309090059.
- Kissling, W (2008): Das „Münchner Modell“ – Krankenkassen finanzieren Compliance-Programme. *PsychoNeuro* 34(9): 410-415. DOI: 10.1055/s-0028-1099271.
- 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. *Psychiatrische Praxis* 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.
- Lal, S; Ungar, M; Malla, A; Leggo, C; Suto, M (2015): Impact of Mental Health Services on Resilience in Youth with First Episode Psychosis: A Qualitative Study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. DOI: 10.1007/s10488-015-0703-4.
- Lambert, M; Bock, T; Daubmann, A; Meigel-Schleiff, C; Lange, B; Lange, M; et al. (2014): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 1. Rationales, Behandlungsmodell und Ergebnisse der Vorstudie. *Psychiatrische Praxis* 41(5): 257-265. DOI: 10.1055/s-0033-1349497.
- Lambert, M; Ruppelt, F; Rohenkohl, A; Karow, A; Gallinat, J; Wiedemann, K (2016): Langzeittherapie in der Schizophrenie. Erfolgreiche psychosoziale Re-Integration durch Integrierte Versorgung. *Psychopharmakotherapie* 23(2): 58-66.
- Large, M; Sharma, S; Compton, MT; Slade, T; Nielssen, O (2011): Cannabis use and earlier onset of psychosis. A systematic meta-analysis. *Archives of General Psychiatry* 68(6): 555-561. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.5.
- Lawrence, D; Kisely, S (2010): Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *Journal of Psychopharmacology* 24(4 Suppl.): 61-68. DOI: 10.1177/1359786810382058.
- Lester, H; Khan, N; Jones, P; Marshall, M; Fowler, D; Amos, T; et al. (2012): Service users' views of moving on from early intervention services for psychosis: a longitudinal qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice* 62(596): e183-e190. DOI: 10.3399/bjgp12X630070.
- Leucht, S; Arbter, D; Engel, RR; Kissling, W; Davis, JM (2009): How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Molecular Psychiatry* 14(4): 429-447. DOI: 10.1038/sj.mp.4002136.

- Leutwyler, HC; Wallhagen, MI (2010): Understanding physical health of older adults with schizophrenia: building and eroding trust. *Journal of Gerontological Nursing* 36(5): 38-45. DOI: 10.3928/00989134-20091103-99.
- Leutwyler, HC; Fox, PJ; Wallhagen, MI (2013): Medication adherence among older adults with schizophrenia. *Journal of Gerontological Nursing* 39(2): 26-34. DOI: 10.3928/00989134-20130109-02.
- Liersch-Sumskis, S; Moxham, L; Curtis, J (2015): Choosing to Use Compared to Taking Medication: The Meaning of Medication as Described by People Who Experience Schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care* 51(2): 114-120. DOI: 10.1111/ppc.12072.
- Lozem, GF; Frafjord, JS; Steffensen, M; Wang, CEA (2014): Medication and participation: A qualitative study of patient experiences with antipsychotic drugs. *Nursing Ethics* 21(3): 347-358. DOI: 10.1177/0969733013498528.
- Loughland, C; Cheng, K; Harris, G; Kelly, B; Cohen, M; Sandhu, H; et al. (2015): Communication of a schizophrenia diagnosis: A qualitative study of patients' perspectives. *International Journal of Social Psychiatry* 61(8): 729-734. DOI: 10.1177/0020764015576814.
- Makdisi, L; Blank, A; Bryant, W; Andrews, C; Franco, L; Parsonage, J (2013): Facilitators and barriers to living with psychosis: An exploratory collaborative study of the perspectives of mental health service users. *British Journal of Occupational Therapy* 76(9): 418-426. DOI: 10.4276/030802213X13782044946346.
- McGorry, P; Alvarez-Jimenez, M; Killackey, E (2013): Antipsychotic medication during the critical period following remission from first-episode psychosis. Less is more [Editorial]. *JAMA: Psychiatry* 70(9): 898-900. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.264.
- Mehl, S; Falkai, P; Berger, M; Löhr, M; Rujescu, D; Wolff, J; et al. (2016): Leitlinienkonforme psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit Schizophrenie. Eine normative Berechnung des benötigten Personalbedarfs. *Nervenarzt* 87(3): 286-294. DOI: 10.1007/s00115-015-0056-y.
- Mestdagh, A; Hansen, B (2014): Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 49(1): 79-87. DOI: 10.1007/s00127-013-0729-4.
- MOH [Ministry of Health, Singapore] Hrsg. (2011): Schizophrenia. [Stand:] July 2011. (MOH Clinical Practice Guidelines, 4/2011). Singapore: MOH. ISBN: 978-981-08-9516-7. URL: [https://www.moh.gov.sg/content/dam/moh\\_web/HPP/Doctors/cpg\\_medical/current/2011/Schizophrenia%20Pg1-56.pdf](https://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/HPP/Doctors/cpg_medical/current/2011/Schizophrenia%20Pg1-56.pdf) (abgerufen am: 01.09.2016).
- Moock, J; Koch, C; Kawohl, W (2012): Integrierte Versorgungskonzepte für psychisch erkrankte Menschen. *G+G Wissenschaft* 12(3): 24-34. URL: [http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_ggw/wido\\_ggwauufs3\\_0712.pdf](http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggwauufs3_0712.pdf) (abgerufen am: 12.09.2016).

- Mueser, KT; Deavers, F; Penn, DL; Cassisi, JE (2013): Psychosocial Treatments for Schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology* 9: 465-497. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620.
- Müller, H; Haag, I; Jessen, F; Kim, EH; Klaus, J; Konkol, C; et al. (2016): Kognitive Verhaltenstherapie und Assertive Community Treatment reduzieren die Anzahl stationärer Tage und verlängern die Zeit bis zu einer stationären Aufnahme bei schweren psychotischen Störungen. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 84(2): 76-82. DOI: 10.1055/s-0042-102055.
- Murray, JL; Lopez, AD (1996): The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020 [Summary]. Cambridge: Harvard School of Public Health; WHO [World Health Organization]; World Bank. ISBN: 0-9655466-0-8. URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41864/1/0965546608\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41864/1/0965546608_eng.pdf) (abgerufen am: 16.12.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011): NICE Clinical Guideline CG136. Service user experience in adult mental health. Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services [Appendix 13: Key problems – qualitative analyses matrix for each guideline and healthtalkonline]. London: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/evidence/appendix-13-key-problems-qualitative-analyses-matrix-for-each-guideline-and-healthtalkonline-185085620> (abgerufen am: 16.12.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2016]-a): NICE Clinical Guideline CG120. Psychosis with Coexisting Substance Misuse. Assessment and Management in Adults and Young People [Full Guideline]. Leicester [u. a.]: [BPS] British Psychological Society [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-30-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg120/evidence/full-guideline-181586413> (abgerufen am: 28.07.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2016]-b): NICE Clinical Guideline CG136. Service user experience in adult mental health. Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services [Full Guideline]. [Stand:] December 2011. London: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/evidence/full-guideline-185085613> (abgerufen am: 06.07.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2012 [2016]): NICE Clinical Guideline CG133. Self-Harm: Longer-Term Management [Full Guideline]. Leicester [u. a.]: [BPS] British Psychological Society [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-41-3. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg133/evidence/full-guideline-184901581> (abgerufen am: 05.07.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2014 [2017]): NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and management [Full Guideline]. Updated Edition 2014. London: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565> (abgerufen am: 25.07.2016).

- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2015): NICE Guideline NG10. Violence and aggression. Short-term management in mental health, health and community settings [*Full Guideline*]. Updated Edition. Leicester [u. a.]: [BPS] British Psychological Society [u. a.]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/evidence/full-guideline-70830253> (abgerufen am: 28.07.2016).
- Nolting, HD; Leptien, S; Greupner, M; Assion, HJ; Beneke, R; Bottlender, R; et al. (2016): Schizophrenie-Versorgung gestalten – Plädoyer für ein nationales Versorgungsprogramm. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 21(1): 46-54. DOI: 10.1055/s-0035-1553433.
- Nordentoft, M (2007): Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Danish Medical Bulletin* 54(4): 306-369. URL: [http://www.danmedbul.dk/DMB\\_2007/0407/04-07-disputatser/DMB3963.pdf](http://www.danmedbul.dk/DMB_2007/0407/04-07-disputatser/DMB3963.pdf) (abgerufen am: 16.12.2016).
- Nordentoft, M; Mortensen, PB; Pedersen, CB (2011): Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives of General Psychiatry* 68(10): 1058-1064. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.113.
- OECD [Organisation for Economic Co-operation and Development] (2012): Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work. Paris: OECD Publishing. DOI: 10.1787/9789264124523-en.
- Olfson, M; Wall, M; Wang, S; Crystal, S; Liu, S-M; Gerhard, T; et al. (2016): Short-term Suicide Risk After Psychiatric Hospital Discharge. *JAMA: Psychiatry* 73(11): 1119-1126. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2016.2035.
- Phillips, L; McCann, E (2007): The subjective experiences of people who regularly receive depot neuroleptic medication in the community. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 14(6): 578-586. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2007.01145.x.
- Pitkänen, A; Hätönen, H; Kuosmanen, L; Välimäki, M (2008): Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 45(11): 1598-1606. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2008.03.003.
- Pollmächer, T (2017): Hot Spot: Selbstbestimmung in der Psychiatrie (Patientenautonomie). In: Hauth, I; Falkai, P; Dreister, A; Hrsg.: *Psyche, Mensch, Gesellschaft: Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland: Forschung, Versorgung, Teilhabe*. Berlin: MMW [Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft], 155-161. ISBN: 978-3-95466-285-2.
- Rogauch, A; Kapmeyer, A; Tenbieg, A; Himmel, W (2008): Die Rolle des Hausarztes in der ambulanten Schizophreniebehandlung aus Sicht von Patienten. *Psychiatrische Praxis* 35(4): 194-197. DOI: 10.1055/s-2007-986286.
- Roick, C; Gärtner, A; Heider, D; Dietrich, S; Angermeyer, MC (2006): Heavy use of psychiatric inpatient care from the perspective of the patients affected. *International Journal of Social Psychiatry* 52(5): 432-446. DOI: 10.1177/0020764006066824.

- Rummel-Kluge, C; Kluge, M; Kissling, W (2013): Frequency and relevance of psychoeducation in psychiatric diagnoses: results of two surveys five years apart in German-speaking European countries. *BMC: Psychiatry* 13: 170. DOI: 10.1186/1471-244X-13-170.
- Salize, HJ; Voß, E; Werner, A; Falkai, P; Hauth, I (2015): Behandlungspfade in der Versorgung von Patienten mit Schizophrenie und Depression. *Nervenarzt* 86(11): 1358-1370. DOI: 10.1007/s00115-015-4417-3.
- Salyers, MP; Matthias, MS; Sidenbender, S; Green, A (2013): Patient activation in schizophrenia: Insights from stories of illness and recovery. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 40(5): 419-427. DOI: 10.1007/s10488-012-0435-7.
- Schaffer, A; Sinyor, M; Kurdyak, P; Vigod, S; Sareen, J; Reis, C; et al. (2016): Population-based analysis of health care contacts among suicide decedents: identifying opportunities for more targeted suicide prevention strategies. *World Psychiatry* 15(2): 135-145. DOI: 10.1002/wps.20321.
- Schmid, P; Steinert, T; Borbé, R (2013): Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. *Psychiatrische Praxis* 40(8): 414-424. DOI: 10.1055/s-0033-1343192.
- Schmidt-Kraepelin, C; Janssen, B; Gaebel, W (2009): Prevention of rehospitalization in schizophrenia: results of an integrated care project in Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 259(Suppl. 2): S205-S212. DOI: 10.1007/s00406-009-0056-7.
- Schöttle, D; Karow, A; Schimmelmann, BG; Lambert, M (2013): Integrated care in patients with schizophrenia: results of trials published between 2011 and 2013 focusing on effectiveness and efficiency. *Current Opinion in Psychiatry* 26(4): 384-408. DOI: 10.1097/YCO.0b013e328361ec3b.
- Schöttle, D; Ruppelt, F; Karow, A; Lambert, M (2015): Home Treatment – aufsuchende Behandlung im Hamburger Modell der Integrierten Versorgung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 65(3-4): 140-145. DOI: 10.1055/s-0034-1390424.
- Schultz, SH; North, SW; Shields, CG (2007): Schizophrenia: A Review. *American Family Physician* 75(12): 1821-1829. URL: <http://www.aafp.org/afp/2007/0615/p1821.pdf> (abgerufen am: 16.12.2016).
- SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2013): SIGN National Clinical Guideline 131. Management of schizophrenia [Full Guideline]. [Stand:] March 2013. Edinburgh: SIGN. ISBN: 978-1-905813-96-4. URL: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign131.pdf> (abgerufen am: 28.07.2016).
- Slade, M; Oades, L; Puschner, B (2010): Using outcomes in routine clinical practice to support recovery. Chapter 4. In: Thornicroft, G; Tansella, M; Hrsg.: *Mental Health Outcome Measures*. Third Edition. London: RCPsych Publications, 63-79. ISBN: 978-1-904671-92-3.

- Stein, CH; Leith, JE; Osborn, LA; Greenberg, S; Petrowski, CE; Jesse, S; et al. (2015): Mental health system historians: Adults with schizophrenia describe changes in community mental health care over time. *Psychiatric Quarterly* 86(1): 33-48. DOI: 10.1007/s11126-014-9325-3.
- Stengler, K; Kauffeldt, S; Theißing, A; Bräuning-Edelmann, M; Becker, T (2015): Medizinisch-berufliche Rehabilitation in Rehaeinrichtungen für psychisch Kranke in Deutschland. Analyse der Aufnahme- und Entlassungsdaten. *Nervenarzt* 86(5): 603-608. DOI: 10.1007/s00115-014-4207-3.
- Stierlin, AS; Herder, K; Helmbrecht, MJ; Prinz, S; Walendzik, J; Holzmann, M; et al. (2014): Effectiveness and efficiency of integrated mental health care programmes in Germany: study protocol of an observational controlled trial. *BMC: Psychiatry* 14: 163. DOI: 10.1186/1471-244X-14-163.
- Sweers, K; Dierckx de Casterlé, B; Detraux, J; De Hert, M (2013): End-of-life (care) perspectives and expectations of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 27(5): 246-252. DOI: 10.1016/j.apnu.2013.05.003.
- Tan, AXN; Klainin-Yobas, P; Creedy, DK (2011): A comprehensive systematic review on the perception and experience of stigma among people with schizophrenia. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 9(27): 1132-1192. DOI: 10.11124/jbisrir-2011-158.
- Taylor, TL; Killaspy, H; Wright, C; Turton, P; White, S; Kallert, TW; et al. (2009): A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC: Psychiatry* 9: 55. DOI: 10.1186/1471-244X-9-55.
- Tiihonen, J; Wahlbeck, K; Lönnqvist, J; Klaukka, T; Ioannidis, JP; Volavka, J; et al. (2006): Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care after first hospitalisation due to schizophrenia and schizoaffective disorder: observational follow-up study. *BMJ – British Medical Journal* 333(7561): 224. DOI: 10.1136/bmj.38881.382755.2F.
- Tomita, A; Herman, DB (2015): The role of a critical time intervention on the experience of continuity of care among persons with severe mental illness after hospital discharge. *Journal of Nervous and Mental Disease* 203(1): 65-70. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000224.
- Topor, A; Di Girolamo, S (2010): “You have to be careful who you talk to and what you say ...” – on psychosis and making rational choices. *Journal of Mental Health* 19(6): 553-561. DOI: 10.3109/09638237.2010.520366.
- Tunner, TP; Salzer, MS (2006): Consumer perspectives on quality of care in the treatment of schizophrenia. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 33(6): 674-681. DOI: 10.1007/s10488-006-0050-6.
- Ungewitter, C; Böttger, D; El-Jurdi, J; Kilian, R; Losert, C; Ludwig, K; et al. (2013): Struktur und Kooperation in der Versorgung psychisch Kranker. *Nervenarzt* 84(3): 307-314. DOI: 10.1007/s00115-011-3433-1.

- van der Lee, A; de Haan, L; Beekman, A (2016): Schizophrenia in the Netherlands: Continuity of Care with Better Quality of Care for Less Medical Costs. *PLoS ONE* 11(6): e0157150. DOI: 10.1371/journal.pone.0157150.
- Van Duin, D; Franx, G; Van Wijngaarden, B; Van Der Gaag, M; Van Weeghel, J; Slooff, C; et al. (2013): Bridging the science-to-service gap in schizophrenia care in the Netherlands: The schizophrenia quality improvement collaborative. *International Journal for Quality in Health Care* 25(6): 626-632. DOI: 10.1093/intqhc/mzt072.
- Weich, S; Griffith, L; Commander, M; Bradby, H; Sashidharan, SP; Pemberton, S; et al. (2012): Experiences of acute mental health care in an ethnically diverse inner city: qualitative interview study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 47(1): 119-128. DOI: 10.1007/s00127-010-0314-z.
- Weinmann, S; Puschner, B; Becker, T (2009): Innovative Versorgungsstrukturen in der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie in Deutschland. *Nervenarzt* 80(1): 31-39. DOI: 10.1007/s00115-008-2616-x.
- Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.
- Wolfersdorf, M; Vogel, R; Vogl, R; Grebner, M; Keller, F; Purucker, M; et al. (2016): Suizid im psychiatrischen Krankenhaus: Ergebnisse, Risikofaktoren, therapeutische Maßnahmen. *Nervenarzt* 87(5): 474-482. DOI: 10.1007/s00115-016-0111-3.
- Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour (2012): Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour. (SNS Clinical Practice Guidelines: Avalia-t 2010/02). Santiago de Compostela: AVALIA-T [Galician Agency for Health Technology Assessment] [u. a.]. URL: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_481\\_Conducta\\_Suicida\\_Avaliat\\_compl\\_en.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl_en.pdf) (abgerufen am: 28.07.2016).
- Xia, J; Merinder, LB; Belgamwar, MR (2011): Psychoeducation for schizophrenia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). Art. No.: CD002831. DOI: 10.1002/14651858.CD002831.pub2.



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***

Anhang B.1: Recherchebericht zum Abschlussbericht  
der Patientenbefragung

---

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis.....	5
Abkürzungsverzeichnis.....	6
1 Ziel der Literaturrecherche.....	7
2 Informationsbeschaffung – Leitlinien und Pflegestandards .....	9
2.1 Recherche nach Leitlinien und Pflegestandards .....	9
2.2 Eingeschlossene Leitlinien und Pflegestandards .....	14
2.3 Leitlinienbewertung .....	15
3 Informationsbeschaffung – HTAs .....	18
3.1 Recherche nach HTA-Berichten .....	18
3.2 Eingeschlossene HTA-Berichte .....	20
4 Informationsbeschaffung zur Unter-, Über- und Fehlversorgung .....	22
4.1 Recherche in bibliografischen Datenbanken .....	22
4.2 Eingeschlossene Publikationen zur Unter-, Über- und Fehlversorgung .....	38
4.3 Websiterecherche und Handsuche .....	40
5 Informationsbeschaffung zu Modellen der integrierten Versorgung .....	49
5.1 Recherche in bibliografischen Datenbanken .....	49
5.2 Eingeschlossene Publikationen zur integrierten Versorgung .....	54
5.3 Websiterecherche und Handsuche .....	57
6 Informationsbeschaffung von qualitativen Studien zur Patientenperspektive .....	59
6.1 Recherche in bibliografischen Datenbanken .....	59
6.2 Eingeschlossene Publikationen von qualitativen Studien zur Patientenperspektive .....	65
6.3 Websiterecherche und Handsuche .....	69
6.4 Aktualisierung der Recherche für die Konkretisierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung .....	70
6.4.1 Eingeschlossene Publikationen der Aktualisierung von qualitativen Studien zur Patientenperspektive .....	73
6.4.2 Handsuche und erneutes Volltext-Screening der qualitativen Studien zum Qualitätsmodell .....	74

7	Informationsbeschaffung – Fragebögen .....	78
7.1	Recherche nach gängigen Fragebögen .....	78
7.2	Eingeschlossene Fragebögen .....	81
	Literatur.....	84

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einschlusskriterien für Leitlinien .....	10
Tabelle 2: Einschlusskriterien für Pflegestandards .....	11
Tabelle 3: Liste der eingeschlossenen Leitlinien und Pflegestandards.....	14
Tabelle 4: AGREE-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien mit standardisierten Domänenwerten (in Prozent) .....	16
Tabelle 5: Einschlusskriterien für HTAs.....	18
Tabelle 6: Einschlusskriterien für Studien zur Unter-, Über- und Fehlversorgung .....	22
Tabelle 7: Suchstrategie und Suchbegriffe für Medline via OVID (Unter-, Über- und Fehlversorgung) .....	24
Tabelle 8: Suchstrategie und Suchbegriffe für PsycInfo via OVID (Unter-, Über- und Fehlversorgung) .....	27
Tabelle 9: Suchstrategie und Suchbegriffe für EMBASE via Elsevier (Unter-, Über- und Fehlversorgung) .....	30
Tabelle 10: Suchstrategie und Suchbegriffe für CINAHL via EBSCO (Unter-, Über- und Fehlversorgung) .....	32
Tabelle 11: Suchstrategie und Suchbegriffe für Cochrane Library (Unter-, Über- und Fehlversorgung) .....	35
Tabelle 12: Einschlusskriterien für Websiterecherche zur Unter-, Über- und Fehlversorgung ..	43
Tabelle 13: Einschlusskriterien für Studien zur integrierten Versorgung .....	49
Tabelle 14: Suchstrategie und Suchbegriffe für Medline via OVID (Studien zur integrierten Versorgung).....	50
Tabelle 15: Suchstrategie und Suchbegriffe für PsycInfo via OVID (Studien zur integrierten Versorgung).....	51
Tabelle 16: Suchstrategie und Suchbegriffe für EMBASE via Elsevier (Studien zur integrierten Versorgung).....	52
Tabelle 17: Suchstrategie und Suchbegriffe für CINAHL via EBSCO (Studien zur integrierten Versorgung).....	52
Tabelle 18: Einschlusskriterien für qualitative Studien zur Patientenperspektive .....	59
Tabelle 19: Suchstrategie und Suchbegriffe für Medline via OVID (qualitative Studien zur Patientenperspektive).....	61
Tabelle 20: Suchstrategie und Suchbegriffe für PsycInfo via OVID (qualitative Studien zur Patientenperspektive).....	62
Tabelle 21: Suchstrategie und Suchbegriffe für EMBASE via Elsevier (qualitative Studien zur Patientenperspektive).....	63
Tabelle 22: Suchstrategie und Suchbegriffe für CINAHL via EBSCO (qualitative Studien zur Patientenperspektive).....	63

Tabelle 23: Einschlusskriterien für qualitative Studien zur Patientenperspektive (Aktualisierung der Recherche für die Konkretisierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung) .....	71
Tabelle 24: Einschlusskriterien für Fragebögen .....	79
Tabelle 25: Liste der eingeschlossenen Fragebögen.....	81

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flowchart der Recherche nach Leitlinien und Pflegestandards .....	13
Abbildung 2: Flowchart der Recherche nach HTAs .....	20
Abbildung 3: Flowchart der systematischen Recherche in bibliographischen Datenbanken zur Unter-, Über- und Fehlversorgung.....	38
Abbildung 4: Flowchart der gesamten Recherche zur Unter-, Über- und Fehlversorgung .....	48
Abbildung 5: Flowchart der systematischen Recherche nach Studien zur integrierten Versorgung in bibliographischen Datenbanken.....	54
Abbildung 6: Flowchart der gesamten Recherche nach Studien zur integrierten Versorgung ..	58
Abbildung 7: Flowchart der systematischen Recherche nach qualitativen Studien zur Patientenperspektive in bibliographischen Datenbanken.....	65
Abbildung 8: Flowchart der gesamten Recherche zur Patientenperspektive .....	70
Abbildung 9: Flowchart der Aktualisierung der systematischen Recherche nach qualitativen Studien zur Patientenperspektive in bibliographischen Datenbanken .....	73
Abbildung 10: Flowchart der gesamten aktualisierten Recherche zur Patientenperspektive ...	77
Abbildung 11: Flowchart der Recherche nach Fragebögen .....	80

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AQUA	AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
CRD	Centre for Reviews and Dissemination
DAHTA	Deutsche Agentur für Health Technology Assessment
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
G-I-N	Guidelines International Network
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
HTA	Health Technology Assessment
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
NGC	National Guideline Clearinghouse
NHS	National Health Service
NIHR	National Institute for Health Research
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz(en)
SMI	severe mental illness
VT	Volltext

# 1 Ziel der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche und -analyse unterstützt die Identifizierung, Analyse und Beschreibung der spezifischen im Rahmen des QS-Verfahrens *Schizophrenie* relevanten Qualitätsaspekte und der für die Patientenbefragung relevanten Qualitätsmerkmale. Sie bildet gemeinsam mit den Erkenntnissen aus den Fokusgruppen und Einzelinterviews die Grundlage für die Entwicklung des Qualitätsmodells und für die Ableitung der Qualitätsmerkmale zur Fragebogenentwicklung. Außerdem dienen die Ergebnisse zum einen der Generierung von Themen für die Diskussionsleitfäden der Fokusgruppen und die Interviewleitfäden, zum anderen geben sie Anregungen und Hinweise für die spätere Entwicklung der Fragebogenitems.

Die Literaturrecherche und -analyse für die Entwicklung des Qualitätsmodells wurde für fünf Informationsquellen mit folgenden Zielen durchgeführt:

## **1. Informationsbeschaffung – Leitlinien und Pflegestandards**

Erfassung des aktuellen empfohlenen Standards für die medizinische, therapeutische, pflegerische Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

## **2. Informationsbeschaffung – Health Technology Assessments (HTAs)**

Identifizierung von Anhaltspunkten zur Entwicklung von Behandlungsstandards in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

## **3. Informationsbeschaffung – Studien zur Unter-, Über- und Fehlversorgung**

Identifizierung von Anhaltspunkten auf mögliche Unter-, Über- und Fehlversorgung bzw. Qualitätsdefizite/Qualitätspotenziale in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

## **4. Informationsbeschaffung – Modelle der integrierten Versorgung**

Beschreibung von Ergebnissen der Evaluation von Versorgungsmodellen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

## **5. Informationsbeschaffung – qualitative Studien zur Patientenperspektive**

Beschreibung von Hinweisen auf die Patientenperspektive in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

## **6. Informationsbeschaffung – Fragebögen**

Identifizierung und Bewertung bereits vorhandener Fragebögen und ihrer Lizenzbedingungen

Im Zuge der Erstellung des Qualitätsmodells wurde die vom AQUA-Institut für den Zeitraum von 2004 bis 2014 durchgeführte Recherche aktualisiert. Hierfür wurde ein eigenes Recherchekonzept für den Zeitraum von 2006 bis 2016 mit neuen Suchstrategien entwickelt. In Bezug auf die Aktualisierung der Leitlinien und Pflegestandards (Informationsbeschaffung 1) sowie der HTAs (Informationsbeschaffung 2) wurde die Suchstrategie ergänzt. Das Recherchekonzept wurde um

Hinweise zur Unter-, Über- und Fehlversorgung (Informationsbeschaffung 3), zu evaluierten Modellen der integrierten Versorgung (Informationsbeschaffung 4), zur Patientenperspektive in der Versorgung (Informationsbeschaffung 5) sowie um die Suche nach gängigen Fragebögen (Informationsbeschaffung 6) erweitert. Der Abschlussbericht des AQUA-Instituts (AQUA 2016) wurde als Literaturquelle herangezogen, sodass die vom AQUA-Institut recherchierten Qualitätspotenziale und Versorgungsziele sowie die dargestellte Evidenzlage auftragsgemäß für die Erstellung des Qualitätsmodells genutzt werden können.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche stellen die Grundlage für die Definition der Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells dar und wurden im Rahmen der Entwicklung der Qualitätsmerkmale für die Patientenbefragung um die nochmalige, gezielte Auswertung der Leitlinien, Pflegestandards und qualitativen Studien ergänzt. Hierfür wurden zur detaillierten Analyse der bereits recherchierten Leitlinien und Pflegestandards die zugehörigen Patienteninformationen berücksichtigt und eine Aktualisierung der Recherche der qualitativen Studien zur Patientenperspektive vorgenommen (siehe Abschnitt 6.4 in diesem Recherchebericht).

## 2 Informationsbeschaffung – Leitlinien und Pflegestandards

### 2.1 Recherche nach Leitlinien und Pflegestandards

Die systematische Recherche nach themenspezifischen Leitlinien und Pflegestandards wurde im Internet in den Leitliniendatenbanken der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), des National Guideline Clearinghouse (NGC), des Guidelines International Network (G-I-N) sowie des National Health Service (NHS) durchgeführt. Weiterhin erfolgte die Suche nach Leitlinien im Internet bei folgenden fachübergreifenden und fachspezifischen Leitlinienanbietern bzw. Anbietern von Pflegestandards:

- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
- Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft der Tageskliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (DATPPP)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (DGBP)
- Gesellschaft zur Förderung empirisch begründeter Therapieansätze bei schizophrenen Menschen (GFTS)
- Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP)
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
- Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP)
- Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP)
- Royal College of Psychiatrists (RCPsych)
- International Early Psychosis Association (IEPA)
- American Psychiatric Association (APA)
- World Psychiatric Association (WPA)
- The International Society for the Psychological Treatment of Schizophrenias and other Psychosis (ISPS)

Die jeweilige Suchstrategie wurde dem Aufbau der jeweiligen Internetseiten angepasst. So bieten sowohl Leitliniendatenbanken als auch einige fachübergreifende und fachspezifische Leitlinien- und Pflegestandardanbieter die Suchmöglichkeit nach Schlagwörter bzw. eine Freitextsuche an. Folgende Schlagwörter wurden dabei verwendet:

- schizo\*
- psychosis

Bei Anbietern, bei denen keine Schlagwort- bzw. Freitextsuche möglich war, wurde in der Regel die gesamte Liste der veröffentlichten Leitlinien bzw. Pflegestandards durchgesehen.

Die Recherche erfolgte im Zeitraum vom 22. bis 27. Juni 2016.

Ergänzend dazu erfolgte eine Handsuche. Dabei wurden Leitlinien mit ins Screening aufgenommen, die in Referenzlisten von Publikationen zur Patientenperspektive sowie in der Referenzliste des Abschlussberichts des AQUA-Instituts (AQUA 2016) gefunden wurden.

Die definierten Einschlusskriterien finden sich in Tabelle 1 und Tabelle 2.

Tabelle 1: Einschlusskriterien für Leitlinien

	Einschluss
E1	Die Leitlinie adressiert die Diagnosegruppen ICD-10-GM F20.-F29. als <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E1.1: Hauptfokus               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10-GM F20.-F29. sind explizit in der Leitlinie als Zielpopulation genannt; die Leitlinie hat ihren inhaltlichen Schwerpunkt auf der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose ICD-10-GM F20.-F29.</li> </ul> </li> <li>▪ E1.2: Nebenfokus               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10-GM F20.-F29. sind <i>nicht</i> explizit in der Leitlinie als Zielpopulation genannt; in der Leitlinie finden sie dennoch Erwähnung, z.B. als Nebendiagnose oder über den Fokus auf Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (severe mental illness/SMI).</li> </ul> </li> </ul>
E2	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E2.1: Die Leitlinie adressiert die Versorgung in Deutschland. Nur falls es keine gültige deutsche Leitlinie gibt, dann</li> <li>▪ E2.2: Die Leitlinie adressiert die Versorgung in Ländern des WHO Stratum A<sup>1</sup>.</li> </ul>
E3	Die Leitlinie gibt eindeutig identifizierbare Empfehlungen.
E4	Die Leitlinie ist evidenzbasiert (mind. S2e oder äquivalent).
E5	Publikationssprache Deutsch oder Englisch
E6	Die Leitlinie richtet sich an Personen, die 18 Jahre und älter sind. Dabei sollen folgende Zielgruppen nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kinder von Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ Eltern von Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ andere Familienangehörige</li> <li>▪ psychisch kranke Straftäterinnen und Straftäter</li> </ul>
E7	Die Information wurde in den letzten 8 Jahren veröffentlicht (2008).

<sup>1</sup> Da die Empfehlungen aus den Leitlinien auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sein sollen, wurden bei der Recherche nur Leitlinien aus Industrienationen berücksichtigt. Dafür wurde die Staateneinteilung des Weltgesundheitsberichts 2003 der World Health Organization (WHO) herangezogen. Nur Leitlinien aus Ländern, die wie Deutschland zum WHO Stratum A gehören, wurden bei der Recherche berücksichtigt (WHO 2003).

	Einschluss
E8	Die Referenz ist eine Leitlinie (Publikationstyp).
E9	Die Vollpublikation der Leitlinie ist erhältlich.
E10	Die Leitlinie ist gültig (keine Überschreitung des Überarbeitungsdatums).

Tabelle 2: Einschlusskriterien für Pflegestandards

	Einschluss
E11	<p>Der Pflegestandard adressiert die Diagnosegruppen ICD-10-GM F20.-F29. als</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E11.1: Hauptfokus <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10-GM F20.-F29. sind explizit im Pflegestandard als Zielpopulation genannt; der Pflegestandard hat den inhaltlichen Schwerpunkt auf der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose ICD-10-GM F20.-F29.</li> </ul> </li> <li>▪ E11.2: Nebenfokus <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10-GM F20.-F29. sind <i>nicht</i> explizit im Pflegestandard als Zielpopulation genannt; im Pflegestandard finden sie dennoch Erwähnung, z. B. als Nebendiagnose oder über den Fokus auf Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (severe mental illness/SMI).</li> </ul> </li> </ul>
E12	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E12.1: Der Pflegestandard adressiert die Versorgung in Deutschland. Nur falls es keinen gültigen deutschen Pflegestandard gibt, dann</li> <li>▪ E12.2: Der Pflegestandard adressiert die Versorgung in Ländern des WHO Stratum A.</li> </ul>
E13	Der Pflegestandard gibt eindeutig identifizierbare Empfehlungen.
E14	Publikationssprache Deutsch oder Englisch
E15	<p>Der Pflegestandard richtet sich an Personen, die 18 Jahre und älter sind. Dabei sollen folgende Zielgruppen nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kinder von Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ Eltern von Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ andere Familienangehörige</li> <li>▪ psychisch kranke Straftäterinnen und Straftäter</li> </ul>
E16	Die Information wurde in den letzten 8 Jahren veröffentlicht (2008).
E17	Die Referenz ist ein Pflegestandard (Publikationstyp).
E18	Die Vollpublikation des Pflegestandards ist erhältlich.
E19	Der Pflegestandard ist gültig (keine Überschreitung des Überarbeitungsdatums).

Die Titel und ggf. die Abstracts der Leitlinien und Pflegestandards wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Forschungsfragen überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurden die Leitlinien und Pflegestandards für ein Volltext-Screening (VT-Screening) einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Leitlinien und Pflegestandards wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 1 und Tabelle 2) zutreffen. In einer Dokumentation des VT-Screenings wurden u. a. auch die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Leitlinien und Pflegestandards festgehalten. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert, umeine Einigung herbeizuführen.

Eine Übersicht über die Recherche und die eingeschlossenen Leitlinien und Pflegestandards bietet Abbildung 1.

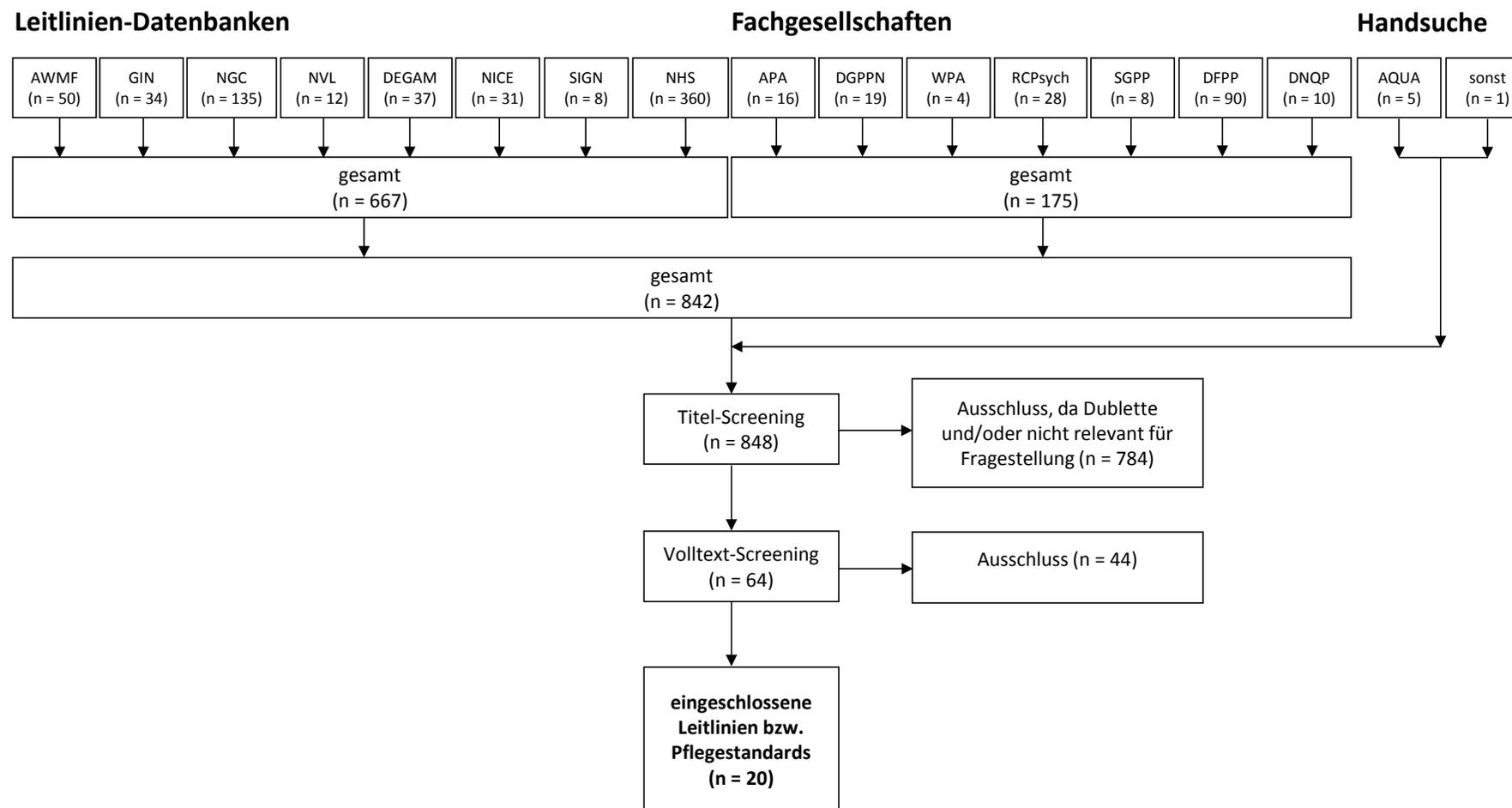


Abbildung 1: Flowchart der Recherche nach Leitlinien und Pflegestandards

Leitlinienanbieter, bei denen sich keine Leitlinien oder Pflegestandards bzgl. Schizophrenie/Psychosen im Internet finden ließen, sind in dieser Abbildung nicht aufgeführt.

## 2.2 Eingeschlossene Leitlinien und Pflegestandards

Nach dem VT-Screening wurden 19 Leitlinien und 1 Pflegestandard eingeschlossen:

Tabelle 3: Liste der eingeschlossenen Leitlinien und Pflegestandards

	Leitlinie/Pflegestandard	Referenz der Leitlinien und ggf. der Patienteninformation zur Leitlinie	Akronym
1	Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege	DNQP (2009)	DNQP 2009
2	Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (AWMF 038-020)	DGPPN und Falkai (2013)	DGPPN 2013
3	Violence and aggression: Short-term management in mental health, health and community settings (NG10) *	NCCMH (2015) Patienteninformation: NCCMH (2015)	NICE NG10 2015
4	Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and Management (CG178) *	NCCMH (2014) Patienteninformation: NICE (2014)	NICE CG178 2014
5	Self-harm: Longer term management (CG133) *	NCCMH (2012) Patienteninformation: NICE (2011b)	NICE CG133 2012
6	Psychosis with coexisting substance misuse: Assessment and Management in Adults and Young People (CG120) *	NCCMH (2011a) Patienteninformation: NICE (2011a)	NICE CG120 2011
7	Service user experience in adult mental health: Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services (CG136) *	NCCMH (2011b) Patienteninformation: NICE (2011c)	NICE CG136 2011
8	Management of schizophrenia (SIGN CPG 131) *	SIGN (2013) Patienteninformation: SIGN (2015)	SIGN 2013
9	Optimal use recommendations for atypical antipsychotics: Combination and high-dose treatment strategies in adolescents and adults with schizophrenia. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health	CADTH (2011)	CADTH 2011
10	Clinical practice guideline for the prevention and treatment of suicidal behaviour. Galician Agency for Health Technology Assessment; GuiaSalud; Ministry of Health (Spain)	Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour (2012)	AVALIA-T 2012

	<b>Leitlinie/Pflegestandard</b>	<b>Referenz der Leitlinien und ggf. der Patienteninformation zur Leitlinie</b>	<b>Akronym</b>
11	The 2009 schizophrenia PORT Psychosocial treatment recommendations and summary statements	Dixon et al. (2010)	PORT PsySoc 2010
12	The 2009 schizophrenia PORT Psychopharmacological treatment recommendations and summary statements	Buchanan et al. (2010)	PORT PsyPharm 2010
13	Occupational therapy practice guidelines for adults with serious mental illness. American Occupational Therapy Association	Brown (2012)	AOTA 2012
14	Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia : recommendations from the British Association for Psychopharmacology	Barnes und BAP (2011)	BAP 2011
15	BAP guidelines on the management of weight gain, metabolic disturbances and cardiovascular risk associated with psychosis and antipsychotic drug treatment. British Association for Psychopharmacology	Cooper et al. (2016)	BAP 2016
16	World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, part 1: Update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance	Hasan et al. (2012)	WFSBP Acute 2012
17	World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects	Hasan et al. (2013)	WFSBP Long 2013
18	World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia. Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: Depression, Suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation	Hasan et al. (2015)	WFSBP 2015
19	Schizophrenia. Singapore Ministry of Health	MOH (2011)	MOH 2011
20	SGPP Behandlungsempfehlungen Schizophrenie	Kaiser et al. (2016)	SGPP 2016

\* Zur Leitlinie liegt eine Patientenversion/Patienteninformation vor.

## 2.3 Leitlinienbewertung

Die Bewertung der methodischen Qualität der eingeschlossenen Leitlinien erfolgte mit der deutschen Übersetzung des AGREE-II-Instruments (Brouwers et al. 2013).

Das Instrument besteht aus 23 Items, die 6 Domänen zugeordnet sind. Jede einzelne Domäne spiegelt dabei eine Qualitätsdimension der Leitlinien wider:

- Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck
- Domäne 2: Beteiligung von Interessengruppen
- Domäne 3: Genauigkeit der Leitlinienentwicklung
- Domäne 4: Klarheit der Gestaltung
- Domäne 5: Anwendbarkeit
- Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit

Die Leitlinien werden von zwei Personen unabhängig voneinander bewertet. Hierbei wird jedes Item auf einer Punkteskala von 1 (trifft überhaupt nicht zu) bis 7 (trifft vollständig zu) bewertet und daraus wird für jede Domäne ein separater Wert errechnet. Der standardisierte Domänenwert entspricht dem prozentualen Anteil von der maximal erreichbaren Punktzahl je Domäne. Damit entsprechen hohe standardisierte Domänenwerte einer hohen Qualität der Leitlinien und niedrige standardisierte Domänenwerte weisen auf eine geringe Qualität der Leitlinie hin. Die 6 standardisierten Domänenwerte ermöglichen es, die verschiedenen Leitlinien untereinander zu vergleichen.

Zusätzlich enthält das Instrument zwei Gesamtbewertungen der Leitlinie. Die Bewertung der Gesamtqualität der Leitlinie erfolgt zum einen über eine Punkteskala von 1 (geringstmögliche Qualität) bis 7 (höchstmögliche Qualität) und zum anderen über eine Empfehlung zur Anwendung der Leitlinie (ja/ja, mit folgenden Änderungen/nein). Die Bewertung der Gesamtqualität der Leitlinie erfolgt analog zur Bewertung der 6 Domänen als standardisierter Domänenwert.

Tabelle 4 stellt die AGREE-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien für jede Domäne sowie die Bewertung der Gesamtqualität in Form der standardisierten Domänenwerte dar.

*Tabelle 4: AGREE-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien mit standardisierten Domänenwerten (in Prozent)*

Leitlinie	Domäne 1	Domäne 2	Domäne 3	Domäne 4	Domäne 5	Domäne 6	Gesamtbewertung
DGPPN 2013	88,9	83,3	86,5	63,9	52,1	87,5	91,7
NICE CG120 2011	88,9	91,7	87,5	83,3	54,2	100,0	83,3
NICE CG136 2011	80,6	80,6	89,6	88,9	72,9	91,7	91,7
NICE CG133 2012	88,9	91,7	86,5	86,1	75,0	91,7	91,7
NICE CG178 2014	100,0	88,9	87,5	83,3	58,3	100,0	75,0
NICE NG10 2015	97,2	91,7	84,4	94,4	54,2	100,0	91,7
SIGN 2013	91,7	86,1	86,5	86,1	60,4	100,0	100,0
CADTH 2011	88,9	75,0	78,1	75,0	70,8	70,8	83,3
AVALIA-T 2012	83,3	77,8	84,4	80,6	85,4	83,3	83,3
PORT PsySoc 2010	72,2	72,2	59,4	61,1	12,5	75,0	75,0
PORT PsyPharm 2010	72,2	66,7	66,7	61,1	12,5	87,5	75,0
AOTA 2012	80,6	58,3	53,1	41,7	33,3	0,0	50,0

Leitlinie	Domäne 1	Domäne 2	Domäne 3	Domäne 4	Domäne 5	Domäne 6	Gesamtbewertung
<b>BAP 2011</b>	77,8	41,7	50,0	63,9	6,3	12,5	50,0
<b>BAP 2016</b>	74,1	53,7	33,3	50,0	2,8	44,4	44,4
<b>MOH 2011</b>	74,1	63,0	30,6	77,8	8,3	0,0	33,3
<b>WFSBP Acute 2012</b>	61,1	30,6	32,3	72,2	12,5	16,7	58,3
<b>WFSBP Long 2013</b>	58,3	30,6	29,2	72,2	12,5	16,7	58,3
<b>WFSBP 2015</b>	61,1	27,8	26,0	72,2	12,5	16,7	58,3
<b>SGPP 2016</b>	61,1	27,8	9,4	33,3	0,0	91,7	41,7

## 3 Informationsbeschaffung – HTAs

### 3.1 Recherche nach HTA-Berichten

Über die Deutsche Agentur für Health Technology Assessment (DAHTA, via DIMDI<sup>2</sup>) wurde nach nationalen HTA-Berichten recherchiert. Die systematische Recherche nach internationalen HTAs wurde im Internet in der Cochrane Library durchgeführt, hier insbesondere in der Datenbank Health Technology Assessment Database und in der Datenbank des Centre for Reviews and Dissemination (CRD) des National Institute for Health Research (NIHR).

Die jeweilige Suchstrategie wurde dem Aufbau der jeweiligen Internetseiten angepasst. So bieten die HTA-Datenbanken die Suchmöglichkeit nach Schlagwörtern bzw. eine Freitextsuche an. Folgende Schlagwörter wurden dabei verwendet:

- schizo\*
- psychosis

Die Suche auf den jeweiligen Websites lief im Zeitraum vom 5. bis 7. Juli 2016.

Ergänzend dazu erfolgte eine Handsuche nach HTAs in der Referenzliste des Abschlussberichts des AQUA-Instituts (AQUA 2016).

Die definierten Einschlusskriterien finden sich in Tabelle 5.

Tabelle 5: Einschlusskriterien für HTAs

	Einschluss
E20	<p>Der HTA-Bericht adressiert die Diagnosegruppen ICD-10-GM F20.-F29. als</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E20.1: Hauptfokus               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10-GM F20.-F29. sind explizit im HTA-Bericht als Zielpopulation genannt; der HTA-Bericht hat den inhaltlichen Schwerpunkt auf der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose ICD-10-GM F20.-F29.</li> </ul> </li> <li>▪ E20.2: Nebenfokus               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10-GM F20.-F29. sind <i>nicht</i> explizit im HTA-Bericht als Zielpopulation genannt; im HTA-Bericht finden sie dennoch Erwähnung, z. B. als Nebendiagnose oder über den Fokus auf Patientinnen und Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung (severe mental illness/SMI).</li> </ul> </li> </ul>
E21	Der HTA-Bericht adressiert die Versorgung in Ländern der WHO Strata A.
E22	Publikationssprache Deutsch oder Englisch

<sup>2</sup> Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

	<b>Einschluss</b>
E23	Der HTA-Bericht richtet sich an Personen, die 18 Jahre und älter sind. Dabei sollen folgende Zielgruppen nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kinder von Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ Eltern von Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ andere Familienangehörige</li> <li>▪ pflegende Angehörige</li> <li>▪ psychisch kranke Straftäterinnen und Straftäter</li> </ul>
E24	Die Information wurde in den letzten 8 Jahren veröffentlicht (2008).
E25	Die Referenz ist ein HTA-Bericht (Publikationstyp).
E26	Die Vollpublikation des HTA-Berichts ist erhältlich.
E27	Der HTA-Bericht ist gültig (keine Überschreitung des Überarbeitungsdatums).

Die Titel der HTA-Berichte wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Forschungsfragen überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurde der HTA-Bericht für ein Abstract-Screening einbezogen.

Die Abstracts der ausgewählten HTA-Berichte wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Forschungsfragen überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurde der HTA-Bericht für ein VT-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten HTA-Berichte wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 5) zutreffen. In einer Dokumentation des VT-Screenings wurden u. a. auch die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen HTA-Berichte festgehalten. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert, um eine Einigung herbeizuführen.

Eine Übersicht über die Recherche und die eingeschlossenen HTA-Berichte bietet Abbildung 2.

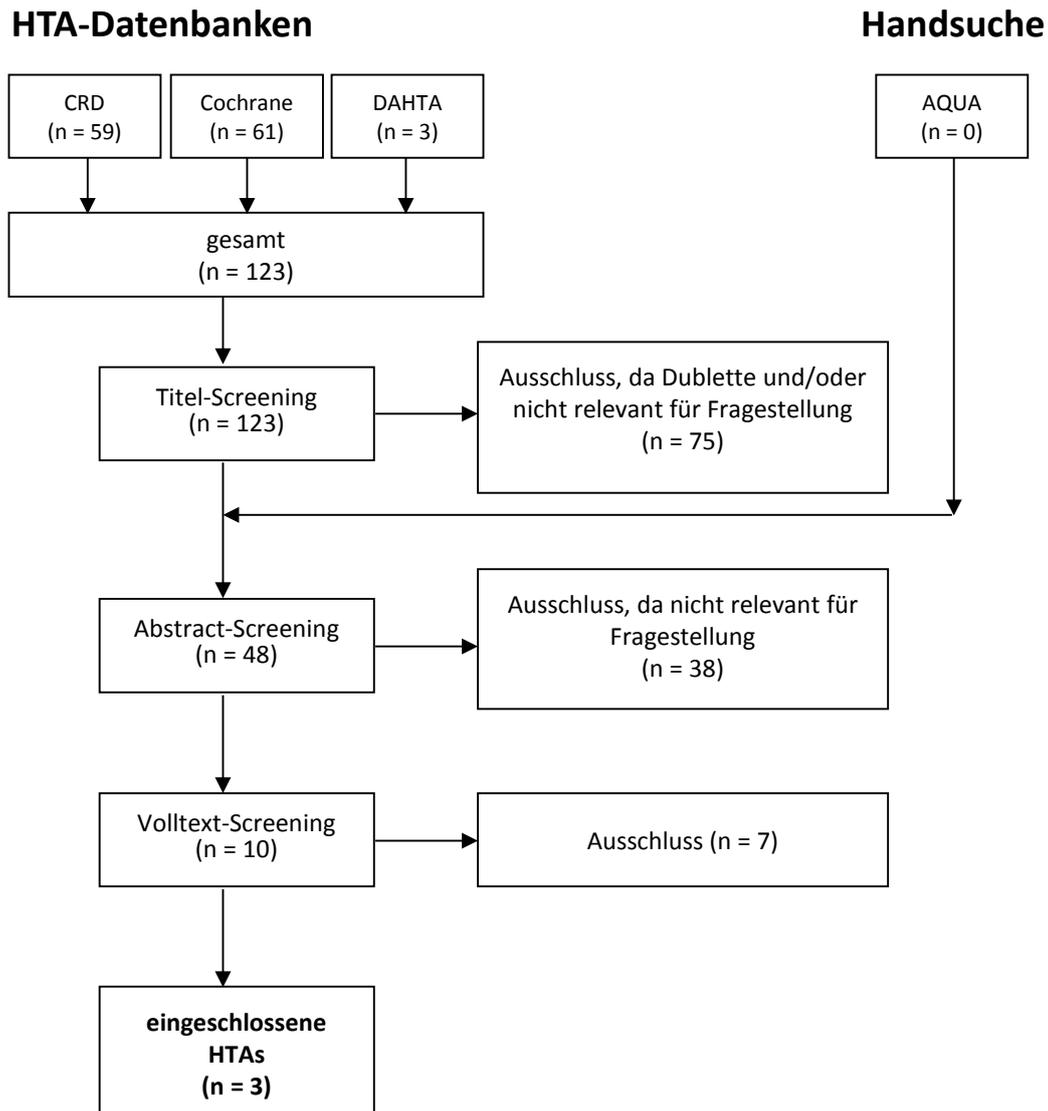


Abbildung 2: Flowchart der Recherche nach HTAs

### 3.2 Eingeschlossene HTA-Berichte

Nach dem VT-Screening wurden drei HTA-Berichte eingeschlossen:

Abou-Setta, A; Mousavi, S; Spooner, C; Schouten, J; Pasichnyk, D; Armijo-Olivo, S; et al. (2012): First-Generation Versus Second-Generation Antipsychotics in Adults: Comparative Effectiveness. [Stand:] August 2012. (AHRQ [Agency for healthcare Research and Quality] Comparative Effectiveness Review, Nr. 63). Edmonton, AB: University of Alberta Evidence-based Practice Center. AHRQ Publication No. 12-EHC054-EF. URL: [http://effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/146/1054/CER\\_63\\_Antipsychotics%20in%20Adults\\_08-20-121.pdf](http://effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/146/1054/CER_63_Antipsychotics%20in%20Adults_08-20-121.pdf).

Boucher M; Nkansah E (2010): Atypical Antipsychotics for the Treatment of Schizophrenia: A Review of Combination Therapy and High-Dosing Strategies. [Stand:] 10.02.2010. Ottawa, ON: CADTH [Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health], HTIS [Health

Technology Inquiry Service]. URL: [https://www.cadth.ca/media/pdf/L0153\\_AAP\\_Dosing\\_Dual\\_Tx.pdf](https://www.cadth.ca/media/pdf/L0153_AAP_Dosing_Dual_Tx.pdf).

Tran, K; Spry, C (2009): Group therapy in the treatment of schizophrenia: a review of the clinical effectiveness. [Stand:] 02.11.2009. Ottawa, ON: CADTH [Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health], HTIS [Health Technology Inquiry Service]. URL: [https://www.cadth.ca/media/pdf/L0136\\_Group\\_Therapy\\_for\\_Schizophrenia\\_final.pdf](https://www.cadth.ca/media/pdf/L0136_Group_Therapy_for_Schizophrenia_final.pdf).

## 4 Informationsbeschaffung zur Unter-, Über- und Fehlversorgung

### 4.1 Recherche in bibliografischen Datenbanken

In Tabelle 6 sind die Einschlusskriterien, die der Entwicklung der Recherchestrategie und dem Screening der Publikationen der Informationsbeschaffung zur Unter-, Über- und Fehlversorgung zugrunde liegen, aufgeführt.

Tabelle 6: Einschlusskriterien für Studien zur Unter-, Über- und Fehlversorgung

	Einschluss
E41	Die Studie adressiert die Diagnosegruppen ICD-10-GM F20.-F29. als <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hauptfokus               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ nur Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10-GM F20.-F29. sind als Population genannt; die Studie hat ihren inhaltlichen Schwerpunkt auf der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose ICD-10-GM F20.-F29.</li> </ul> </li> </ul>
E42	Das Krankheitsbild der Patientinnen und Patienten ist eindeutig einer Erkrankung aus ICD-10-GM F20.-F29. zuzuordnen.
E43	Der Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10-GM F20.-F29. ist in der Studie ausgewiesen.
E44	Die Studienpopulation umfasst mindestens 80 % Patientinnen und Patienten mit der Diagnose ICD-10-GM F20.-F29.
E45	Die Studie adressiert die Versorgung von Patientinnen und Patienten in Ländern der WHO Strata A.
E46	Die Studie adressiert Qualitätsaspekte/Qualitätsdefizite/Qualitätspotenziale für folgende Outcomes: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rezidiv</li> <li>▪ Mortalität</li> <li>▪ Nebenwirkungen</li> <li>▪ Arzneimittelsicherheit/Patientensicherheit</li> <li>▪ somatische Komorbiditäten</li> <li>▪ psychische Komorbiditäten</li> <li>▪ körperliche Funktionalität (Drogenabhängigkeit)</li> <li>▪ Lebensqualität</li> <li>▪ Eingliederung/Arbeitsfähigkeit</li> <li>▪ Empowerment</li> <li>▪ Autonomie</li> <li>▪ Shared-Decision Making</li> </ul>

	<b>Einschluss</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Suizid</li> <li>▪ Suizidversuch</li> <li>▪ Komplikationen</li> <li>▪ stationäre Wiederaufnahme</li> <li>▪ Wiedererlangung von Alltagsfähigkeiten</li> <li>▪ psychosoziales Funktionsniveau</li> <li>▪ Symptombelastung</li> <li>▪ Symptomveränderung</li> <li>▪ Remission</li> </ul>
E47	Publikationssprache Deutsch oder Englisch
E48	Die Studie umfasst Patientinnen und Patienten, die 18 Jahre und älter sind. Dabei sollen folgende Zielgruppen nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kinder von Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ Eltern von Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ andere Familienangehörige</li> <li>▪ pflegende Angehörige</li> <li>▪ psychisch kranke Straftäterinnen und Straftäter</li> </ul>
E49	Die Studie umfasst gesetzlich Versicherte.
E50	Die Information wurde in den letzten 10 Jahren veröffentlicht (2006).
E51	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E51.1: Die Referenz ist eine systematische Übersichtsarbeit (Publikationstyp).</li> </ul> <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E51.2: Die Referenz ist eine Primärstudie, die nicht in den Übersichtsarbeiten enthalten ist. Dabei sollen Poster, Konferenzbeiträge, Editorials, Kommentare, Kurzmeldungen, Dissertationen und Studien, bei denen der VT nicht beschaffbar ist, nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden.</li> </ul> <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E51.3: HTA</li> </ul>

Die Literaturrecherche nach relevanten Studien (Primärstudien und systematische Reviews) wurde in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Medline via OVID ab 1946
- PsycInfo via OVID ab 1806
- EMBASE via Elsevier ab 1974
- CINAHL via EBSCO ab 1961
- Cochrane Library (alle Datenbanken)

Für die Recherche wurde zunächst eine Strategie für die Literaturdatenbank Medline entwickelt und dann entsprechend an die anderen Datenbanken angepasst. Ausgehend von den Fragen der

Literaturrecherche und dem vorab vorliegenden Testset aus relevanten Publikationen (n = 20) wurden die relevanten Suchbegriffe (siehe Tabelle 7, Tabelle 8, Tabelle 9, Tabelle 10 und Tabelle 11) abgeleitet.

Bei der systematischen Suche wurden letztendlich nur 3 Publikationen aus dem Testset identifiziert, was daran lag, dass die Publikationen aus dem Testset zum größten Teil älter waren (Primärliteratur vor 2013 publiziert) als bei den unten aufgeführten Limitationen gewünscht (z. B. Primärliteratur erst ab 2013). Die relevanten Suchbegriffe konnten dennoch daraus abgeleitet werden.

Der Suchstring bestand aus drei großen Blöcken: ein Rechercheblock für Schizophrenie, ein Rechercheblock für Unter-, Über- und Fehlversorgung und ein Rechercheblock für systematische Reviews. Der Block für systematische Reviews wurde für die Datenbanken Medline, PsycINFO und CINAHL entnommen von UHealth (2016c), UHealth (2016b), UHealth (2016a).

Für die Datenbank EMBASE wurde dieser Rechercheblock geringfügig angepasst.

Folgende Limitationen wurden bei der Suchstrategie berücksichtigt:

- Suche von systematischen Reviews von 2006 bis 2016 und Primärliteratur von 2013 bis 2016
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- Zielgruppe der Publikationen sollten keine Kinder und/oder Jugendliche sein
- keine Editorials, Kommentare, Kongressbeiträge oder klinische Versuche

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken, die im Folgenden beschrieben sind.

Die Recherche erfolgte in Medline, EMBASE, CINAHL und PsycInfo vom 18. bis 19. Juli 2016 und in der Cochrane Library am 15. September 2016.

### Suchstrategie für Medline via OVID

Database: Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) <1946 to Present>

Tabelle 7: Suchstrategie und Suchbegriffe für Medline via OVID (Unter-, Über- und Fehlversorgung)

#	Searches
1	overuse.tw.
2	overtreatment.tw.
3	inappropriate.tw.
4	misuse.tw.
5	damage.tw.
6	overutilization.tw.

#	Searches
7	unnecessary.tw.
8	overutilisation.tw.
9	abuse.tw.
10	underutilization.tw.
11	underutilisation.tw.
12	underuse.tw.
13	benefit.tw.
14	harm.tw.
15	appropriate.tw.
16	necessity.tw.
17	quality improvement.tw.
18	quality improvements.tw.
19	quality deficit.tw.
20	quality deficits.tw.
21	exp Guideline Adherence/
22	exp Quality Improvement/
23	Quality of Medical Care.tw.
24	Quality of Care.tw.
25	Quality of Mental Health Care.tw.
26	Quality Care.tw.
27	benchmark.tw.
28	(quality adj3 treatment*).tw.
29	(quality adj3 measure*).tw.
30	quality indicator*.tw.
31	performance indicator*.tw.
32	quality control.tw.
33	mental health quality.tw.
34	quality of mental health.tw.
35	or/1-34

#	Searches
36	exp Schizophrenia/cl, co, di, dh, de, dt, ec, ep, eh, et, lj, me, mo, nu, pa, pc, px, rh, sn, su, th [Classification, Complications, Diagnosis, Diet Therapy, Drug Effects, Drug Therapy, Economics, Epidemiology, Ethnology, Etiology, Legislation & Jurisprudence, Metabolism, Mortality, Nursing, Pathology, Prevention & Control, Psychology, Rehabilitation, Statistics & Numerical Data, Surgery, Therapy]
37	schizophrenia.mp.
38	genetic*.mp.
39	chemist*.mp.
40	mRNA.mp.
41	DNA.mp.
42	receptor*.mp.
43	gene.mp.
44	or/38-43
45	36 or 37
46	45 not 44
47	exp Psychotic Disorders/ad, ae, cl, co, di, dh, de, dt, ec, ed, ep, eh, et, lj, me, mo, nu, pa, pc, px, rh, sn, su, th [Administration & Dosage, Adverse Effects, Classification, Complications, Diagnosis, Diet Therapy, Drug Effects, Drug Therapy, Economics, Education, Epidemiology, Ethnology, Etiology, Legislation & Jurisprudence, Metabolism, Mortality, Nursing, Pathology, Prevention & Control, Psychology, Rehabilitation, Statistics & Numerical Data, Surgery, Therapy]
48	psychosis.mp.
49	47 or 48
50	49 not 44
51	schizoaffective.mp.
52	51 not 44
53	46 or 50 or 52
54	exp *Dementia/
55	53 not 54

#	Searches
56	((comprehensive* or integrative or systematic*) adj3 (bibliographic* or review* or literature)) or (meta-analy* or metaanaly* or "research synthesis" or ((information or data) adj3 synthesis) or (data adj2 extract*))) .ti,ab. or (cinahl or (cochrane adj3 trial*) or embase or medline or psyclit or (psycinfo not "psycinfo database") or pubmed or scopus or "sociological abstracts" or "web of science") .ab. or ("cochrane database of systematic reviews" or evidence report technology assessment or evidence report technology assessment summary) .jn. or Evidence Report: Technology Assessment* .jn. or ((review adj5 (rationale or evidence)) .ti,ab. and review.pt.) or meta-analysis as topic/ or Meta-Analysis.pt.
57	animals/ not (animals/ and humans/)
58	35 and 55
59	limit 58 to yr="2006 - 2016"
60	limit 59 to (english or german)
61	limit 60 to (clinical conference or clinical study or clinical trial, all or clinical trial, phase i or clinical trial, phase ii or clinical trial, phase iii or clinical trial, phase iv or clinical trial or comment or congresses or controlled clinical trial or editorial or in vitro or pragmatic clinical trial or randomized controlled trial or technical report or twin study)
62	60 not 61
63	limit 62 to ("all infant (birth to 23 months)" or "newborn infant (birth to 1 month)" or "infant (1 to 23 months)" or "preschool child (2 to 5 years)" or "child (6 to 12 years)" or "adolescent (13 to 18 years)")
64	62 not 63
65	limit 64 to abstracts
66	65 not 57
67	66 and 56
68	limit 66 to yr="2013 -Current"

### Suchstrategie für PsycInfo via OVID

Database: PsycINFO <1806 to July Week 4 2016>

Tabelle 8: Suchstrategie und Suchbegriffe für PsycInfo via OVID (Unter-, Über- und Fehlversorgung)

#	Searches
1	overuse.tw.
2	overtreatment.tw.
3	inappropriate.tw.

#	Searches
4	misuse.tw.
5	damage.tw.
6	overutilization.tw.
7	unnecessary.tw.
8	overutilisation.tw.
9	abuse.tw.
10	underutilization.tw.
11	underutilisation.tw.
12	underuse.tw.
13	benefit.tw.
14	harm.tw.
15	appropriate.tw.
16	necessity.tw.
17	quality improvement.tw.
18	quality improvements.tw.
19	quality deficit.tw.
20	quality deficits.tw.
21	Quality of Medical Care.tw.
22	Quality of Care.tw.
23	Quality of Mental Health Care.tw.
24	Quality Care.tw.
25	benchmark.tw.
26	quality indicator*.tw.
27	performance indicator*.tw.
28	quality control.tw.
29	(quality adj3 treatment*).tw.
30	(quality adj3 measure*).tw.
31	mental health quality.tw.
32	quality of mental health.tw.
33	exp "Quality of Care"/

#	Searches
34	or/1-33
35	animals/ not (animals/ and humans/)
36	exp PSYCHOSIS/ or psychosis.mp.
37	exp SCHIZOPHRENIA/ or schizophrenia.mp.
38	schizoaffective.mp.
39	exp SCHIZOAFFECTIVE DISORDER/
40	or/36-39
41	exp *DEMENTIA/
42	genetic*.mp.
43	chemist*.mp.
44	mRNA.mp.
45	DNA.mp.
46	receptor*.mp.
47	gene.mp.
48	or/42-47
49	40 not 41
50	49 not 48
51	34 and 50
52	51 not 35
53	limit 52 to yr="2006 - 2016"
54	limit 53 to (english or german)
55	limit 54 to (abstract collection or "comment/reply" or editorial or letter)
56	54 not 55
57	limit 56 to (childhood <birth to 12 years> or adolescence <13 to 17 years>)
58	56 not 57
59	limit 58 to yr="2013 - 2016"

#	Searches
60	((comprehensive* or integrative or systematic*) adj3 (bibliographic* or review* or literature)) or (meta-analy* or metaanaly* or "research synthesis" or ((information or data) adj3 synthesis) or (data adj2 extract*)) .ti,ab,id. or ((review adj5 (rational or evidence)) .ti,ab,id. and "Literature Review" .md.) or (cinahl or (cochrane adj3 trial*) or embase or medline or psyclit or pubmed or scopus or "sociological abstracts" or "web of science") .ab. or ("systematic review" or "meta analysis") .md.
61	58 and 60

### Suchstrategie für EMBASE via Elsevier

Tabelle 9: Suchstrategie und Suchbegriffe für EMBASE via Elsevier (Unter-, Über- und Fehlversorgung)

#	Searches
1	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
2	'schizophrenia'/exp/dm_su,dm_dt,dm_th,dm_et,dm_dr,dm_rh,dm_si,dm_co,dm_ep,dm_dm,dm_pc,dm_di
3	'psychosis'/exp/dm_su,dm_dt,dm_th,dm_et,dm_dr,dm_rh,dm_si,dm_co,dm_ep,dm_dm,dm_pc,dm_di
4	'schizophrenia'
5	'psychosis'
6	'schizoaffektive'
7	#2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6
8	genetic*
9	chemist*
10	mrna
11	dna
12	receptor*
13	'gene'
14	#8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13
15	#7 NOT #14
16	'dementia'/exp/mj
17	#15 NOT #16
18	overuse:ab,ti
19	overtreatment:ab,ti

#	Searches
20	inappropriate:ab,ti
21	misuse:ab,ti
22	damage:ab,ti
23	overutilization:ab,ti
24	unnecessary:ab,ti
25	overutilisation:ab,ti
26	abuse:ab,ti
27	underutilization:ab,ti
28	underutilisation:ab,ti
29	underuse:ab,ti
30	benefit:ab,ti
31	harm:ab,ti
32	appropriate:ab,ti
33	necessity:ab,ti
34	'quality improvement':ab,ti
35	'quality improvements':ab,ti
36	'quality deficit':ab,ti
37	'quality deficits':ab,ti
38	'quality of medical care':ab,ti
39	'quality care':ab,ti
40	benchmark:ab,ti
41	'quality indicator*':ab,ti
42	'performance indicator*':ab,ti
43	'quality control':ab,ti
44	'mental health quality':ab,ti
45	'quality of mental health':ab,ti
46	(quality NEAR/3 treatment*):ab,ti
47	(quality NEAR/3 measure*):ab,ti
48	'practice guideline'/exp
49	'total quality management'/exp

#	Searches
50	'quality of care':ab,ti
51	'quality of mental health care':ab,ti
52	#18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51
53	((comprehensive* OR integrative OR systematic*) NEAR/3 (bibliographic* OR review* OR literature)):ti,ab OR 'meta analy*':ti,ab OR metaanaly*:ti,ab OR 'research synthesis':ti,ab OR ((information OR data) NEAR/3 synthesis):ti,ab OR (data NEAR/2 extract*):ti,ab OR cinahl:ab OR (cochrane NEAR/3 trial*):ab OR embase:ab OR medline:ab OR psyclit:ab OR (psycinfo:ab NOT 'psycinfo database':ab) OR pubmed:ab OR scopus:ab OR 'sociological abstracts':ab OR 'web of science':ab OR 'cochrane database of systematic reviews':jt OR 'evidence report technology assessment':jt OR 'evidence report technology assessment summary':jt OR 'evidence report technology assessment*':jt OR ((review NEAR/5 (rationale OR evidence)):ti,ab AND review:it) OR 'meta analysis'/exp OR 'meta analysis':it
54	#17 AND #52 AND [2006-2016]/py
55	#54 NOT #1
56	#55 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
57	#56 AND ([conference abstract]/lim OR [conference paper]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [erratum]/lim OR [letter]/lim OR [note]/lim)
58	#56 NOT #57
59	#58 AND ([embryo]/lim OR [fetus]/lim OR [newborn]/lim OR [infant]/lim OR [child]/lim OR [preschool]/lim OR [school]/lim OR [adolescent]/lim)
60	#58 NOT #59
61	#60 AND [abstracts]/lim
62	#53 AND #61
63	#62 AND ([controlled clinical trial]/lim OR [randomized controlled trial]/lim)
64	#62 NOT #63

### Suchstrategie für CINAHL via EBSCO

Tabelle 10: Suchstrategie und Suchbegriffe für CINAHL via EBSCO (Unter-, Über- und Fehlversorgung)

#	Searches
S1	(MH "Animals+")
S2	(MH "Human+")

#	Searches
S3	(MH "Animals+") NOT ((MH "Animals+") AND (MH "Human+"))
S4	TX psychosis
S5	TX schizophrenia
S6	TX schizoaffective
S7	(MH "Schizophre- nia+/CL/CO/DI/DH/DT/EC/EP/ED/EI/EH/ET/LJ/ME/MO/NU/PA/PC/TH/SS/SU/RF/RH/ PF/PR")
S8	(MH "Psychotic Disor- ders+/CL/CO/DI/DH/DT/EC/ED/EP/EI/EH/ET/LJ/ME/MO/NU/PA/PC/PR/PF/RH/RF/SU/ SS/TH")
S9	S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8
S10	(MM "Dementia+")
S11	S9 not S10
S12	TX genetic*
S13	TX chemist*
S14	TX mRNA
S15	TX DNA
S16	TX receptor*
S17	TX gene
S18	S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17
S19	S11 not S18
S20	TI overuse OR AB overuse
S21	TI overtreatment OR AB overtreatment
S22	TI inappropriate OR AB inappropriate
S23	TI misuse OR AB misuse
S24	TI damage OR AB damage
S25	TI overutilization OR AB overutilization
S26	TI unnecessary OR AB unnecessary
S27	TI overutilisation OR AB overutilisation
S28	TI abuse OR AB abuse
S29	TI underutilization OR AB underutilization

#	Searches
S30	TI underutilisation OR AB underutilisation
S31	TI underuse OR AB underuse
S32	TI benefit OR AB benefit
S33	TI harm OR AB harm
S34	TI appropriate OR AB appropriate
S35	TI necessity OR AB necessity
S36	TI "quality improvement" OR AB "quality improvement"
S37	TI "quality improvements" OR AB "quality improvements"
S38	TI "quality deficit" OR AB "quality deficit"
S39	TI "quality deficits" OR AB "quality deficits"
S40	TI "quality of medical care" OR AB "quality of medical care"
S41	TI "quality of care" OR AB "quality of care"
S42	TI "quality of mental health care" OR AB "quality of mental health care"
S43	TI "quality care" OR AB "quality care"
S44	TI "quality indicator*" OR AB "quality indicator*"
S45	TI "quality control" OR AB "quality control"
S46	TI "performance indicator*" OR AB "performance indicator*"
S47	TI benchmark OR AB benchmark
S48	TI quality N3 treatment* OR AB quality N3 treatment*
S49	TI quality N3 measure* OR AB quality N3 measure*
S50	(MH "Quality Improvement+")
S51	(MH "Guideline Adherence")
S52	TI "mental health quality" OR AB "mental health quality"
S53	TI "quality of mental health" OR AB "quality of mental health"
S54	S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36 OR S37 OR S38 OR S39 OR S40 OR S41 OR S42 OR S43 OR S44 OR S45 OR S46 OR S47 OR S48 OR S49 OR S50 OR S51 OR S52 OR S53
S55	S19 AND S54; Limiters - Published Date: 20060101-20161231; Language: English, German
S56	S55 NOT S3

#	Searches
S57	S55 NOT S3; Limiters - Abstract Available
S58	(TI (systematic* n3 review*)) or (AB (systematic* n3 review*)) or (TI (systematic* n3 bibliographic*)) or (AB (systematic* n3 bibliographic*)) or (TI (systematic* n3 literature)) or (AB (systematic* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 literature)) or (AB (comprehensive* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (AB (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (TI (integrative n3 review)) or (AB (integrative n3 review)) or (JN "Cochrane Database of Systematic Reviews") or (TI (information n2 synthesis)) or (TI (data n2 synthesis)) or (AB (information n2 synthesis)) or (AB (data n2 synthesis)) or (TI (data n2 extract*)) or (AB (data n2 extract*)) or (TI (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "web of science" or scopus or embase)) or (AB (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "web of science" or scopus or embase)) or (MH "Systematic Review") or (MH "Meta Analysis") or (TI (meta-analy* or metaanaly*)) or (AB (meta-analy* or metaanaly*)); Limiters - Abstract Available
S59	S57 AND S58
S60	S55 NOT S3; Limiters - Abstract Available; Published Date: 20130101-20161231

### Suchstrategie für Cochrane Library

Tabelle 11: Suchstrategie und Suchbegriffe für Cochrane Library (Unter-, Über- und Fehlversorgung)

#	Searches
1	overuse:ti,ab
2	overtreatment:ti,ab
3	inappropriate:ti,ab
4	misuse:ti,ab
5	damage:ti,ab
6	overutilization:ti,ab
7	unnecessary:ti,ab
8	overutilisation:ti,ab
9	abuse:ti,ab
10	underutilization:ti,ab
11	underutilisation:ti,ab
12	underuse:ti,ab
13	benefit:ti,ab
14	harm:ti,ab

#	Searches
15	appropriate:ti,ab
16	necessity:ti,ab
17	"quality improvement":ti,ab
18	"quality improvements":ti,ab
19	"quality deficit":ti,ab
20	"quality deficits":ti,ab
21	"Quality of Medical Care":ti,ab
22	"Quality of Care":ti,ab
23	"Quality of Mental Health Care":ti,ab
24	"Quality Care":ti,ab
25	benchmark:ti,ab
26	"quality indicator*":ti,ab
27	"performance indicator*":ti,ab
28	"quality control":ti,ab
29	(quality near/3 treatment*):ti,ab
30	(quality near/3 measure*):ti,ab
31	"mental health quality":ti,ab
32	"quality of mental health":ti,ab
33	MeSH descriptor: [Quality Improvement] explode all trees
34	MeSH descriptor: [Guideline Adherence] explode all trees
35	#1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #20 or #21 or #22 or #23 or #24 or #25 or #26 or #27 or #28 or #29 or #30 or #31 or #32 or #33 or #34
36	MeSH descriptor: [Schizophrenia] explode all trees
37	schizophrenia:ti,ab,kw
38	MeSH descriptor: [Psychotic Disorders] explode all trees
39	psychosis:ti,ab,kw
40	schizoaffective:ti,ab,kw
41	#36 or #37 or #38 or #39 or #40
42	#35 and #41
43	#35 and #41 Publication Year from 2006 to 2016

#	Searches
44	chemist*
45	genetic*
46	mRNA
47	DNA
48	receptor*
49	gene
50	#44 or #45 or #46 or #47 or #48 or #49
51	#43 not #50
52	MeSH descriptor: [Dementia] explode all trees
53	#51 not #52

Die Titel und Abstracts der Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Forschungsfragen überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurden die Publikationen für ein VT-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 6) zutreffen. In einer Dokumentation des VT-Screenings wurden u. a. auch die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen festgehalten. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert, um eine Einigung herbeizuführen.

Eine Übersicht über die Recherche in bibliographischen Datenbanken und die eingeschlossenen Publikationen bietet Abbildung 3.

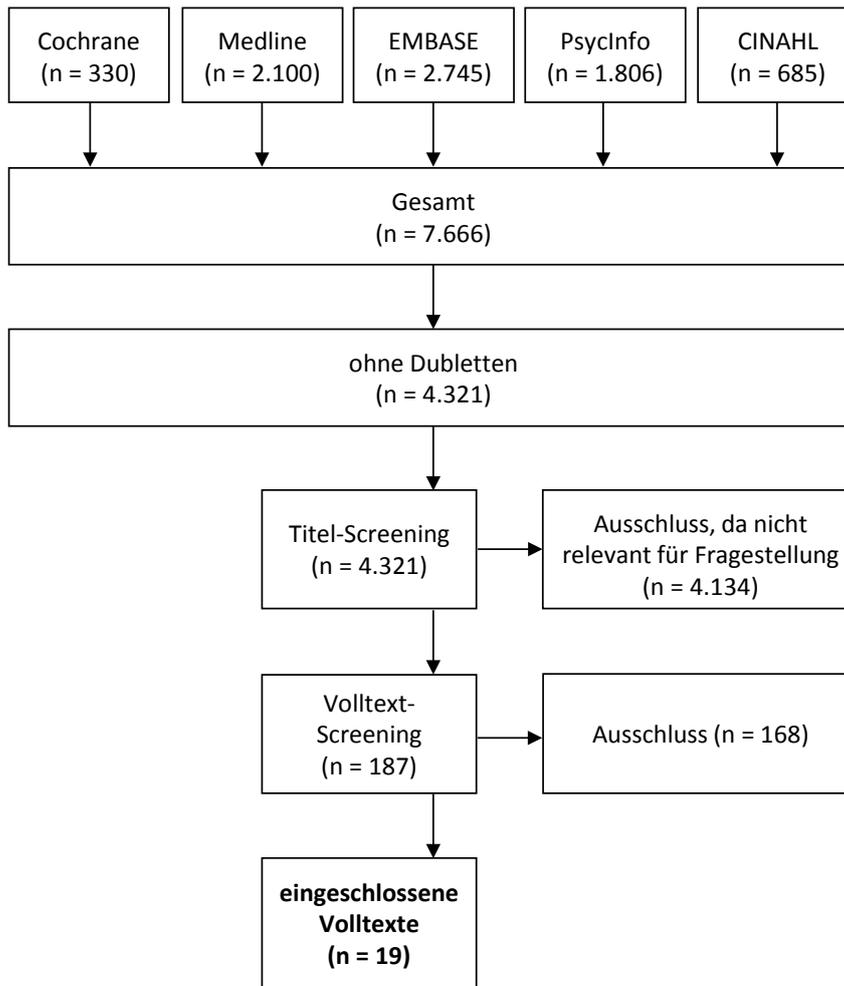


Abbildung 3: Flowchart der systematischen Recherche in bibliographischen Datenbanken zur Unter-, Über- und Fehlversorgung

## 4.2 Eingeschlossene Publikationen zur Unter-, Über- und Fehlversorgung

Nach dem VT-Screening wurden 19 systematische Reviews bzw. Primärstudien eingeschlossen:

Addington, DE; McKenzie, E; Norman, R; Wang, J; Bond, GR (2013): Essential evidence-based components of first-episode psychosis services. *Psychiatric Services* 64(5): 452-457. DOI: 10.1176/appi.ps.201200156.

Cañas, F; Alptekin, K; Azorin, JM; Dubois, V; Emsley, R; García, AG; et al. (2013): Improving treatment adherence in your patients with schizophrenia: The STAY initiative. *Clinical Drug Investigation* 33(2): 97-107. DOI: 10.1007/s40261-012-0047-8.

Crawford, MJ; Jayakumar, S; Lemmey, SJ; Zalewska, K; Patel, MX; Cooper, SJ; et al. (2014): Assessment and treatment of physical health problems among people with schizophrenia: national cross-sectional study. *British Journal of Psychiatry* 205(6): 473-477. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.142521.

- Dixon, LB; Holoshitz, Y; Nossel, I (2016): Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: review and update. *World Psychiatry* 15(1): 13-20. DOI: 10.1002/wps.20306.
- Falkai, P; Reich-Erkelenz, D; Schmitt, A (2014): Von der Pathophysiologie zur Entwicklung von Leitlinien und neuen Behandlungskonzepten der Schizophrenie. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 82(4): 186-190. DOI: 10.1055/s-0033-1355935.
- Fleischhacker, WW; Arango, C; Arteel, P; Barnes, TRE; Carpenter, W; Duckworth, K; et al. (2014): Schizophrenia – time to commit to policy change. *Schizophrenia Bulletin* 40(Suppl. 3): S165-S194. DOI: 10.1093/schbul/sbu006.
- Horvitz-Lennon, M; Volya, R; Donohue, JM; Lave, JR; Stein, BD; Normand, S-LT (2014): Disparities in quality of care among publicly insured adults with schizophrenia in four large U.S. states, 2002-2008. *Health Services Research* 49(4): 1121-1144. DOI: 10.1111/1475-6773.12162.
- Horvitz-Lennon, M; Volya, R; Garfield, R; Donohue, JM; Lave, JR; Normand, S-LT (2015): Where you live matters: Quality and racial/ethnic disparities in schizophrenia care in four state medicaid programs. *Health Services Research* 50(5): 1710-1729. DOI: 10.1111/1475-6773.12296.
- Jørgensen, M; Mainz, J; Johnsen, SP (2016): Admission Volume and Quality of Mental Health Care Among Danish Patients With Recently Diagnosed Schizophrenia. *Psychiatric Services* 67(5): 536-542. DOI: 10.1176/appi.ps.201500026.
- Killaspy, H; Marston, L; Omar, RZ; Green, N; Harrison, I; Lean, M; et al. (2013): Service quality and clinical outcomes: An example from mental health rehabilitation services in England. *British Journal of Psychiatry* 202(1): 28-34. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.114421.
- Laursen, TM; Nordentoft, M; Mortensen, PB (2014): Excess early mortality in schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology* 10(March): 425-448. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657.
- Mehl, S; Falkai, P; Berger, M; Löhr, M; Rujescu, D; Wolff, J; et al. (2016): Leitlinienkonforme psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit Schizophrenie. Eine normative Berechnung des benötigten Personalbedarfs. *Nervenarzt* 87(3): 286-294. DOI: 10.1007/s00115-015-0056-y.
- Patel, MX; Bishara, D; Jayakumar, S; Zalewska, K; Shiers, D; Crawford, MJ; et al. (2014): Quality of prescribing for schizophrenia: Evidence from a national audit in England and Wales. *European Neuropsychopharmacology* 24(4): 499-509. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2014.01.014.
- Rummel-Kluge, C; Kluge, M; Kissling, W (2013): Frequency and relevance of psychoeducation in psychiatric diagnoses: results of two surveys five years apart in German-speaking European countries. *BMC Psychiatry* 13: 170. DOI: 10.1186/1471-244X-13-170.

- Salize, HJ; Voß, E; Werner, A; Falkai, P; Hauth, I (2015): Behandlungspfade in der Versorgung von Patienten mit Schizophrenie und Depression. *Nervenarzt* 86(11): 1358-1370. DOI: 10.1007/s00115-015-4417-3.
- Taylor, TL; Killaspy, H; Wright, C; Turton, P; White, S; Kallert, TW; et al. (2009): A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry* 9: 55. DOI: 10.1186/1471-244X-9-55.
- Tomita, A; Herman, DB (2015): The role of a critical time intervention on the experience of continuity of care among persons with severe mental illness after hospital discharge. *Journal of Nervous and Mental Disease* 203(1): 65-70. DOI: 10.1097/NMD.000000000000224.
- van der Lee, A; de Haan, L; Beekman, A (2016): Schizophrenia in the Netherlands: Continuity of Care with Better Quality of Care for Less Medical Costs. *PLoS ONE* 11(6): e0157150. DOI: 10.1371/journal.pone.0157150.
- Van Duin, D; Franx, G; Van Wijngaarden, B; Van Der Gaag, M; Van Weeghel, J; Slooff, C; et al. (2013): Bridging the science-to-service gap in schizophrenia care in the netherlands: The schizophrenia quality improvement collaborative. *International Journal for Quality in Health Care* 25(6): 626-632. DOI: 10.1093/intqhc/mzt072.

### 4.3 Websiterecherche und Handsuche

Eine ergänzende Websiterecherche nach relevanten Publikationen (z. B. Gutachten, Analyseberichte, Zeitschriftenbeitrag) zu Themen der Unter-, Über- und Fehlversorgung, der Patientenperspektive in der Versorgung und evaluierten GKV-Versorgungsmodellen wurde bei folgenden Institutionen, Fachgesellschaften, (Berufs-)Verbänden und Zeitschriften bzw. auf folgenden Websites durchgeführt:

- AOK (WIdO)
- AQUA-Institut
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
- Barmer GEK
- Bertelsmann Stiftung
- Berufsverband der Soziotherapeuten e. V.
- Berufsverband Deutscher Nervenärzte
- BKK Dachverband e. V.
- Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e. V.
- Bundesministerium für Gesundheit
- Bundespsychotherapeutenkammer
- Bundesverband der Berufsbetreuer/innen
- Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten
- Critical Incident Reporting System (CIRS)
- Dachverband Deutschsprachiger PsychosenPsychotherapie

- Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.
- DAK
- Das Bündnis für Ambulante Psychiatrische Pflege
- Das Krankenhaus
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.
- Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege
- Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
- Deutsche PsychotherapeutenVereinigung
- Deutscher Ethikrat
- Deutscher Pflegerat e. V.
- Deutsches Krankenhaus Institut
- European Psychiatric Association
- European Scientific Association on Schizophrenia and other Psychosis
- Gemeinsamer Bundesausschuss
- Gesellschaft zur Förderung empirisch begründeter Therapieansätze bei schizophrenen Menschen
- Gesundheits- und Sozialpolitik
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes – gemeinsam getragen von RKI und Destatis
- IGES Institut
- Integrierte Versorgung (psychnet)
- International Early Psychosis Association
- International Society for the Psychological Treatment of Schizophrenia and other Psychosis
- ISEG – Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung
- Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Kassenärztliche Vereinigungen: Baden-Württemberg, Berlin, Nordrhein, Sachsen Anhalt, Sachsen, Bremen, Saarland, Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg, Westfalen-Lippe, Bayern, Schleswig-Holstein, Brandenburg, Thüringen, Rheinland-Pfalz, Hessen
- Kaufmännische Krankenkasse
- Kompetenznetz Schizophrenie
- Krankenhaus-Report
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
- Monitor Versorgungsforschung
- Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
- Picker Institute Europe
- Projektdatenbank Versorgungsforschung Deutschland
- Psychiatrienetz

- PsychoseNetz e.V.
- Psychotherapieforschung bei Psychosen
- Qualitätssicherung mit Routinedaten
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
- Schizophrenie. Beiträge zu Forschung
- Statistisches Bundesamt/Destatis
- Therapie und psychosozialem Management
- TK (Wineg)
- Verband Psychologischer Psychotherapeuten
- World Psychiatric Association
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland
- Zentralinstitut für Seelische Gesundheit

Die Suchstrategie wurde dem Aufbau der jeweiligen Internetseiten angepasst. So bieten viele Websites die Suchmöglichkeit nach Schlagwörtern bzw. eine Freitextsuche an. Folgende deutsche (bzw. englische) Schlagwörter wurden dabei verwendet:

- schizo\*phrenie (schizo\*phrenia)
- Psycho\*se (psychosis, psychotic)
- wahn\*haft (delusio\*nal)
- Qualität\* (quality\*)

Bei Websites, bei denen keine Schlagwort- bzw. Freitextsuche möglich war, wurde in der Regel umfangreich der gesamte Webauftritt der Institution/Gesellschaft danach durchgesehen, ob relevante Publikationen vorliegen.

Die Recherche erfolgte im Zeitraum vom 01. bis 05. Juli 2016.

Die definierten Einschlusskriterien finden sich in Tabelle 12.

Tabelle 12: Einschlusskriterien für Websiterecherche zur Unter-, Über- und Fehlversorgung

	<b>Einschluss</b>
E60	<p>Die Information ist oder verweist auf: Gutachten, literaturbasierter oder datenbasierter Zeitschriftenbeitrag, Analysebericht, Bestandsaufnahme, Datenauswertung und Statistik, Rote-Hand-Brief, Empfehlung des BfArM, Schadensmeldung, Monografie. Dabei sollen folgende Publikationsarten nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pressemitteilungen</li> <li>▪ Informationsbroschüren</li> <li>▪ Geschäftsberichte</li> <li>▪ Kataloge</li> <li>▪ Verbandsmeldungen</li> <li>▪ Kurzinterviews</li> <li>▪ Meldungen</li> <li>▪ Editorials</li> <li>▪ Tätigkeitsberichte</li> </ul>
E61	<p>Die Information beschäftigt sich mit gesetzlich versicherten volljährigen Patientinnen und Patienten mit Hauptdiagnose ICD-10-GM F20.-F29. Dabei sollen folgende Zielgruppen nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kinder von Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ Eltern von Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ andere Familienangehörige</li> <li>▪ pflegende Angehörige</li> <li>▪ psychisch kranke Straftäterinnen und Straftäter</li> </ul>
E62	<p>Die Information beschäftigt sich mit einem der folgenden Aspekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifizierung von Hinweisen oder Anhaltspunkten auf mögliche Qualitätsdefizite/Qualitätsaspekte/Qualitätspotenziale</li> <li>▪ GKV-evaluierte Versorgungsmodelle zur integrierten Versorgung</li> <li>▪ Hinweise, wie Patientinnen und Patienten die Behandlung erleben</li> </ul>
E63	Die Referenz beschäftigt sich mit der Situation in Deutschland oder Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern der westlichen Industrienationen
E64	Publikationssprache Deutsch oder Englisch
E65	Die Information wurde in den letzten 10 Jahren veröffentlicht (2006).

Die Titel und Abstracts der Publikationen wurden von einer Person hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Forschungsfragen überprüft und ausgewählt. Eine zweite Person überprüfte diese Auswahl stichprobenartig.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von einer Person dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien zutreffen. Eine zweite Person überprüfte diese Auswahl stichprobenartig.

Ergänzend dazu erfolgte eine Handsuche in Referenzlisten ausgewählter publizierter Übersichtsarbeiten sowie im Abschlussbericht des AQUA-Instituts (AQUA 2016).

Folgende Publikationen wurden zusätzlich über die Websiterecherche bzw. die Handsuche eingeschlossen:

Addington, D (2009): Best Practices: Improving quality of care for patients with first-episode psychosis. *Psychiatric Services* 60(9): 1164-1166. DOI: 10.1176/appi.ps.60.9.1164.

Addington, DE; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2007): Performance measures for evaluating services for people with a first episode of psychosis. *Early Intervention in Psychiatry* 1(2): 157-167. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2007.00020.x.

AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2015): Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Konzeptskizze. Stand: 13. Oktober 2015. Göttingen: AQUA. URL: [https://sqg.aqua-institut.de/sqg/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Ambulante\\_Psychotherapie/Bericht\\_Konzeptskizze\\_Ambulante\\_Psychotherapie.pdf](https://sqg.aqua-institut.de/sqg/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Ambulante_Psychotherapie/Bericht_Konzeptskizze_Ambulante_Psychotherapie.pdf).

Bäumel, J; Froböse, T; Kraemer, S; Rentrop, M; Pitschel-Walz, G (2006): Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin* 32(Suppl. 1): S1-S9. DOI: 10.1093/schbul/sbl017.

Bebbington, PE; Angermeyer, M; Azorin, JM; Brugha, T; Kilian, R; Johnson, S; et al. (2005)<sup>3</sup>: The European Schizophrenia Cohort (EuroSC): a naturalistic prognostic and economic study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40(9): 707-717. DOI: 10.1007/s00127-005-0955-5.

Becker, T (2014): Wo ist der Fortschritt in der Therapie, Rehabilitation und Versorgung psychisch erkrankter Menschen? *Schizophrenie – Mitteilungsorgan der gfts [Gesellschaft zur Förderung empirisch begründeter Therapieansätze bei schizophrenen Menschen]* 30(September): 44-57. URL: [http://www.gfts.de/PublGftsNr30\\_Druckfassung.pdf](http://www.gfts.de/PublGftsNr30_Druckfassung.pdf).

Bramesfeld, A; Ungewitter, C; Böttger, D; El Jurdi, J; Losert, C; Kilian, R (2012): What promotes and inhibits cooperation in mental health care across disciplines, services and service sectors? A qualitative study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 21(1): 63-72. DOI: 10.1017/S2045796011000539.

Danielsson, B; Collin, J; Jonasdottir Bergman, G; Borg, N; Salmi, P; Fastbom, J (2016): Antidepressants and antipsychotics classified with torsades de pointes arrhythmia risk and mortality in older adults – a Swedish nationwide study. *British Journal of Clinical Pharmacology* 81(4): 773-783. DOI: 10.1111/bcp.12829.

<sup>3</sup> Angaben der Studie zitiert nach Fleischhacker et al. (2014: S167), daher als Handrecherche eingeschlossen.

- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, PuN (2014): Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. *Nervenarzt* 85(11): 1419-1431. DOI: 10.1007/s00115-014-4202-8.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2015): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL); in der Neufassung vom 22. Januar 2015; veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 14.04.2015 B5; in Kraft getreten am 15. April 2015; zuletzt geändert am 17. Dezember 2015; veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 19.05.2016 B4; in Kraft getreten am 20. Mai 2016. Berlin. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1179/ST-RL\\_2015-12-17\\_iK-2016-05-20.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1179/ST-RL_2015-12-17_iK-2016-05-20.pdf).
- Gaebel, W; Janssen, B; Zielasek, J (2009): Mental health quality, outcome measurement, and improvement in Germany. *Current Opinion in Psychiatry* 22(6): 636-642. DOI: 10.1097/YCO.0b013e3283317c00.
- Gaebel, W; Wölwer, W (2010): Schizophrenie. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 50). Berlin: RKI [Robert Koch-Institut]; DESTATIS [Statistisches Bundesamt]. ISBN: 978-3-89606-194-2. URL: [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Schizophrenie.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Schizophrenie.pdf?__blob=publicationFile).
- Hamann, J; Mendel, R; Cohen, R; Heres, S; Ziegler, M; Buhner, M; et al. (2009): Psychiatrists' use of shared decision making in the treatment of schizophrenia: patient characteristics and decision topics. *Psychiatric Services* 60(8): 1107-1112. DOI: 10.1176/appi.ps.60.8.1107.
- Hemkendreis, B (2011): Ambulante psychiatrische Pflege (APP) im deutschsprachigen Raum. Erfahrungsaustausch zwischen Vertretern ambulanter psychiatrischer Pflege aus der Schweiz, Österreich und Deutschland. *Psychiatrische Pflege* 17(3): 130-132. DOI: 10.1055/s-0031-1279795.
- Hunt, GE; Siegfried, N; Morley, K; Sitharthan, T; Cleary, M (2013): Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10) CD001088. DOI: 10.1002/14651858.CD001088.pub3.
- IGES (2014): Neurologische und psychiatrische Versorgung aus sektorenübergreifender Perspektive. [Stand:] 26.02.2014. Berlin: IGES. URL: [http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e8885/e10582/e10588/e10590/attr\\_objs10593/IGES\\_NeurologischpsychiatrischeVersorgung\\_2014\\_WEB\\_ger.pdf](http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e8885/e10582/e10588/e10590/attr_objs10593/IGES_NeurologischpsychiatrischeVersorgung_2014_WEB_ger.pdf).
- Jørgensen, M; Mainz, J; Svendsen, ML; Nordentoft, M; Voldsgaard, I; Baandrup, L; et al. (2015): Improving quality of care among patients hospitalised with schizophrenia: a nationwide initiative. *British Journal of Psychiatry Open* 1(1): 48-53. DOI: 10.1192/bjpo.bp.115.000406.
- 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. *Psychiatrische Praxis*, Epub 12.09.2016. DOI: 10.1055/s-0042-112300.
- Large, M; Sharma, S; Compton, MT; Slade, T; Nielssen, O (2011): Cannabis use and earlier onset of psychosis. A systematic meta-analysis. *Archives of General Psychiatry* 68(6): 555-561. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.5. URL: [http://archpsyc.jamanetwork.com/data/Journals/PSYCH/5318/yma05005\\_555\\_561.pdf](http://archpsyc.jamanetwork.com/data/Journals/PSYCH/5318/yma05005_555_561.pdf).
- Lawrence, D; Kisely, S (2010): Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *Journal of Psychopharmacology* 24(4 Suppl.): 61-68. DOI: 10.1177/1359786810382058.
- Leucht, S; Arbter, D; Engel, RR; Kissling, W; Davis, JM (2009): How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Molecular Psychiatry* 14(4): 429-447. URL: <http://www.nature.com/mp/journal/v14/n4/pdf/4002136a.pdf>.
- McGorry, P; Alvarez-Jimenez, M; Killackey, E (2013): Antipsychotic medication during the critical period following remission from first-episode psychosis: Less is more. *JAMA Psychiatry* 70(9): 898-900. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.264.
- Mueser, KT; Deavers, F; Penn, DL; Cassisi, JE (2013): Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology* 9: 465-497. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620.
- Müller, H; Haag, I; Jessen, F; Kim, EH; Klaus, J; Konkol, C; et al. (2016): Kognitive Verhaltenstherapie und Assertive Community Treatment reduzieren die Anzahl stationärer Tage und verlängern die Zeit bis zu einer stationären Aufnahme bei schweren psychotischen Störungen. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 84(02): 76-82. DOI: 10.1055/s-0042-102055.
- Murray, JL; Lopez, AD (1996)<sup>4</sup>: The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. The Harvard School of Public Health; WHO [World Health Organization]; World Bank. ISBN: 0-9655466-0-8. URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41864/1/0965546608\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41864/1/0965546608_eng.pdf)
- Nolting, HD; Leptien, S; Greupner, M; Assion, HJ; Beneke, R; Bottlender, R; et al. (2016): Schizophrenie-Versorgung gestalten – Plädoyer für ein nationales Versorgungsprogramm. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 21(1): 46-54. DOI: 10.1055/s-0035-1553433.
- Nordentoft, M (2007): Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Danish Medical Bulletin*

---

<sup>4</sup> Angaben der Studie zitiert nach Fleischhacker et al. (2014: S166), daher über Handrecherche eingeschlossen.

- 54(4): 306-369. URL: [http://www.danmedbul.dk/DMB\\_2007/0407/04-07-disputa-tser/DMB3963.pdf](http://www.danmedbul.dk/DMB_2007/0407/04-07-disputa-tser/DMB3963.pdf).
- Nordentoft, M; Mortensen, PB; Pedersen, CB (2011): Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives of General Psychiatry* 68(10): 1058-1064. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.113. URL: [http://archpsyc.jamanetwork.com/data/Journals/PSYCH/22579/yoa15053\\_1058\\_1064.pdf](http://archpsyc.jamanetwork.com/data/Journals/PSYCH/22579/yoa15053_1058_1064.pdf).
- OECD [Organisation for Economic Co-operation and Development] (2012): Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work. Paris: OECD Publishing. ISBN: 9789264124516. URL: <http://www.oecd.org/els/mental-health-and-work-9789264124523-en.htm> [→ Read online].
- Olfson, M; Wall, M; Wang, S; Crystal, S; Liu, SM; Gerhard, T; et al. (2016): Short-term Suicide Risk After Psychiatric Hospital Discharge. *JAMA Psychiatry* 73(11): 1119-1126. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2016.2035.
- Pollmächer, T (2017): Hot Spot: Selbstbestimmung in der Psychiatrie (Patientenautonomie). In: Hauth, I; Falkai, P; Dreister, A; Hrsg.: *Psyche, Mensch, Gesellschaft. Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland: Forschung, Versorgung, Teilhabe*. Berlin: MMW Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schaffer, A; Sinyor, M; Kurdyak, P; Vigod, S; Sareen, J; Reis, C; et al. (2016): Population-based analysis of health care contacts among suicide decedents: identifying opportunities for more targeted suicide prevention strategies. *World Psychiatry* 15(2): 135-145. DOI: 10.1002/wps.20321. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4911782/pdf/WPS-15-135.pdf>.
- Schultz, SH; North, SW; Shields, CG (2007): Schizophrenia: A Review. *American Family Physician* 75(12): 1821-1829. URL: <http://www.aafp.org/afp/2007/0615/p1821.pdf>.
- Stengler, K; Kauffeldt, S; TheiBing, A; Bräuning-Edelmann, M; Becker, T (2015): Medical and vocational rehabilitation in rehabilitation facilities for people with mental illnesses in Germany. *Nervenarzt* 86(5): 603-608. DOI: 10.1007/s00115-014-4207-3.
- Tan, AXN; Klainin-Yobas, P; Creedy, DK (2011): A comprehensive systematic review on the perception and experience of stigma among people with schizophrenia. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 9(27): 1132-1192. DOI: 10.11124/jbisrir-2011-158.
- Tiihonen, J; Wahlbeck, K; Lönnqvist, J; Klaukka, T; Ioannidis, JP; Volavka, J; et al. (2006): Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care after first hospitalisation due to schizophrenia and schizoaffective disorder: observational follow-up study. *BMJ – British Medical Journal* 333(7561): 224. DOI: 10.1136/bmj.38881.382755.2F.
- Ungewitter, C; Böttger, D; El-Jurdi, J; Kilian, R; Losert, C; Ludwig, K; et al. (2013): Struktur und Kooperation in der Versorgung psychisch Kranker. *Nervenarzt* 84(3): 307-314. DOI: 10.1007/s00115-011-3433-1.

Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.

Weinmann, S; Puschner, B; Becker, T (2009): Innovative Versorgungsstrukturen in der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie in Deutschland. *Nervenarzt* 80(1): 31-39. DOI: 10.1007/s00115-008-2616-x.

Wolfersdorf, M; Vogel, R; Vogl, R; Grebner, M; Keller, F; Purucker, M; et al. (2016): Suizid im psychiatrischen Krankenhaus: Ergebnisse, Risikofaktoren, therapeutische Massnahmen. *Nervenarzt* 87(5): 474-482. DOI: 10.1007/s00115-016-0111-3.

Xia, J; Merinder, LB; Belgamwar, MR (2011): Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6) CD002831. DOI: 10.1002/14651858.CD002831.pub2.

Eine Gesamtübersicht über die Recherche und die eingeschlossenen Publikationen zur Unter-, Über- und Fehlversorgung gibt Abbildung 4.

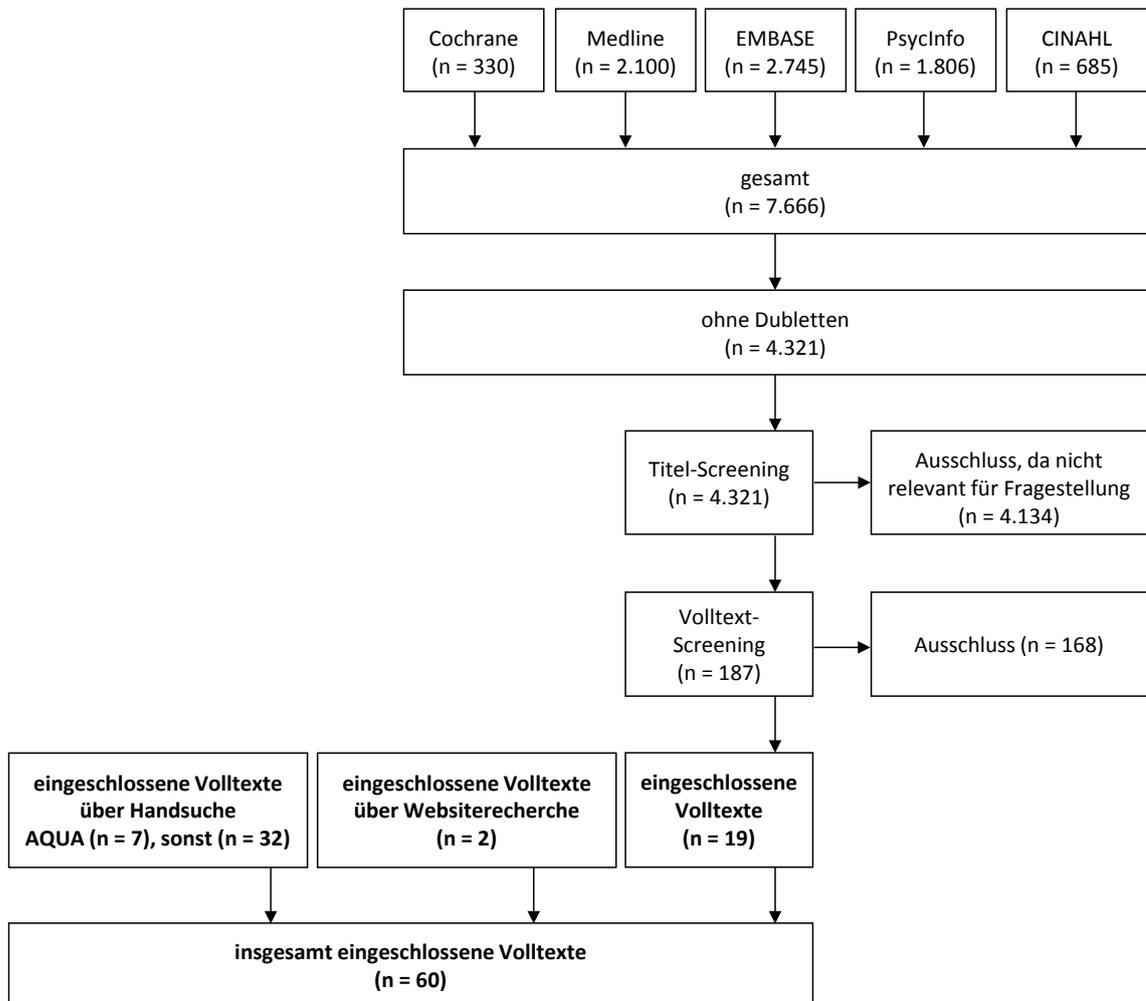


Abbildung 4: Flowchart der gesamten Recherche zur Unter-, Über- und Fehlversorgung

## 5 Informationsbeschaffung zu Modellen der integrierten Versorgung

### 5.1 Recherche in bibliografischen Datenbanken

Folgende Einschlusskriterien liegen der Entwicklung der Recherchestrategie und dem Screening der Publikationen zugrunde:

Tabelle 13: Einschlusskriterien für Studien zur integrierten Versorgung

	Einschluss
E52	Die Studie adressiert die Diagnosegruppen ICD-10-GM F20.-F29. als <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E52.1: Hauptfokus <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10-GM F20.-F29. sind explizit in der Publikation als Zielpopulation genannt; die Publikation hat ihren inhaltlichen Schwerpunkt auf der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose ICD-10-GM F20.-F29.</li> </ul> </li> <li>▪ E52.2: Nebenfokus <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10-GM F20.-F29. sind <i>nicht</i> explizit in der Publikation als Zielpopulation genannt; in der Publikation finden sie dennoch Erwähnung, z. B. als Nebendiagnose oder über den Fokus auf Patientinnen und Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung (severe mental illness/SMI).</li> </ul> </li> </ul>
E53	Die Studie adressiert die Versorgung von Patientinnen und Patienten in Deutschland.
E54	Die Studie adressiert die Evaluation von integrierten Versorgungsmodellen, die über gesetzliche Krankenkassen finanziert werden.
E55	Publikationssprache Deutsch oder Englisch
E56	Die Studie umfasst Patientinnen und Patienten, die 18 Jahre und älter sind. Dabei sollen folgende Zielgruppen nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kinder von Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ Eltern von Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ andere Familienangehörige</li> <li>▪ pflegende Angehörige</li> <li>▪ psychisch kranke Straftäterinnen und Straftäter</li> </ul>
E57	Die Studie umfasst gesetzlich Versicherte.
E58	Die Information wurde in den letzten 10 Jahren veröffentlicht (2006).
E59	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E59.1: Die Referenz ist eine systematische Übersichtsarbeit (Publikationstyp).</li> </ul> oder

Einschluss	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E59.2: Die Referenz ist eine Primärstudie, die nicht in der Übersichtsstudie aufgenommen ist. Dabei sollen Poster, Konferenzbeiträge, Editorials, Kommentare, Kurzmeldungen, Dissertationen und Studien, bei denen der VT nicht beschaffbar ist, nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden.</li> </ul>

Die Literaturrecherche nach relevanten Studien zur integrierten Versorgung wurde in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Medline via OVID ab 1946
- PsycInfo via OVID ab 1806
- EMBASE via Elsevier ab 1974
- CINAHL via EBSCO ab 1961

Für die Recherche wurde zunächst eine Strategie für die Literaturdatenbank Medline entwickelt und dann entsprechend an die anderen Datenbanken angepasst. Ausgehend vom PICO-Schema und dem bereits vorab vorliegenden Testsets aus relevanten Publikationen (n = 7) wurden die relevanten Suchbegriffe (siehe Tabelle 14, Tabelle 15, Tabelle 16 und Tabelle 17) abgeleitet.

Bei der systematischen Suche wurden letztendlich 6 Publikationen vom Testset identifiziert. Eine Publikation bezog sich nicht speziell auf Schizophrenie.

Der Suchstring bestand aus zwei großen Blöcken: ein Rechercheblock für Schizophrenie und ein Rechercheblock für integrierte Versorgung.

Folgende Limitationen wurden bei der Suchstrategie berücksichtigt:

- Publikationsjahre 2006 bis 2016
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- keine Editorials, Kommentare, Kongressbeiträge

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken, die im Folgenden beschrieben sind.

Die Recherche erfolgte in allen genannten Datenbanken am 27. Juli 2016.

#### Suchstrategie für Medline via OVID

Database: Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) <1946 to Present>

Tabelle 14: Suchstrategie und Suchbegriffe für Medline via OVID (Studien zur integrierten Versorgung)

#	Searches
1	animals/ not (animals/ and humans/)
2	psychosis.mp. or exp Psychotic Disorders/

#	Searches
3	exp Schizophrenia/ or schizophrenia.mp.
4	schizoaffective.mp.
5	2 or 3 or 4
6	integrated health care systems.mp. or exp "Delivery of Health Care, Integrated"/
7	(integrated adj3 care).mp.
8	6 or 7
9	5 and 8
10	limit 9 to yr="2006 -Current"
11	limit 10 to (english or german)
12	limit 11 to (clinical conference or comment or congresses or in vitro)
13	11 not 12
14	13 not 1

### Suchstrategie für PsycInfo via OVID

Database: PsycINFO <1806 to July Week 3 2016>

Tabelle 15: Suchstrategie und Suchbegriffe für PsycInfo via OVID (Studien zur integrierten Versorgung)

#	Searches
1	exp PSYCHOSIS/ or psychosis.mp.
2	exp SCHIZOPHRENIA/ or schizophrenia.mp.
3	schizoaffective.mp.
4	exp SCHIZOAFFECTIVE DISORDER/
5	1 or 2 or 3 or 4
6	animals/ not (animals/ and humans/)
7	exp Integrated Services/ or integrated health care systems.mp.
8	(integrated adj3 care).mp.
9	7 or 8
10	5 and 9
11	limit 10 to yr="2006 -Current"
12	limit 11 to (english or german)
13	limit 12 to (abstract collection or "comment/reply" or editorial)

#	Searches
14	12 not 13
15	14 not 6

### Suchstrategie für EMBASE via Elsevier

Tabelle 16: Suchstrategie und Suchbegriffe für EMBASE via Elsevier (Studien zur integrierten Versorgung)

#	Searches
1	'schizophrenia'/exp OR 'schizophrenia'
2	'psychosis'/exp OR 'psychosis'
3	'schizoaffective'
4	#1 OR #2 OR #3
5	'integrated health care system'/exp OR 'integrated health care system'
6	integrated NEAR/3 care
7	#5 OR #6
8	#4 AND #7
9	#8 AND [2006-2016]/py
10	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
11	#9 NOT #10
12	#11 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
13	#12 AND ([conference abstract]/lim OR [editorial]/lim OR [note]/lim)
14	#12 NOT #13

### Suchstrategie für CINAHL via EBSCO

Tabelle 17: Suchstrategie und Suchbegriffe für CINAHL via EBSCO (Studien zur integrierten Versorgung)

#	Searches
S1	(MH "Psychotic Disorders+")
S2	(MH "Schizophrenia+")
S3	TX psychosis
S4	TX schizophrenia
S5	TX schizoaffective

#	Searches
S6	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5
S7	(MH "Animals+")
S8	(MH "Human+")
S9	(MH "Animals+") NOT ((MH "Animals+") AND (MH "Human+"))
S10	(MH "Health Care Delivery, Integrated")
S11	TX integrated n3 care
S12	S10 OR S11
S13	S12 AND S6
S14	S12 AND S6; Limiters - Published Date: 20060101-20161231
S15	S14 not S9

Die Titel und Abstracts der Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Forschungsfragen überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurden die Publikationen für ein VT-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 13) zutreffen. In einer Dokumentation des VT-Screenings wurden u. a. auch die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen festgehalten. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert, um eine Einigung herbeizuführen.

Eine Übersicht über die Recherche in bibliographischen Datenbanken und die eingeschlossenen Studien zur integrierten Versorgung gibt Abbildung 5.

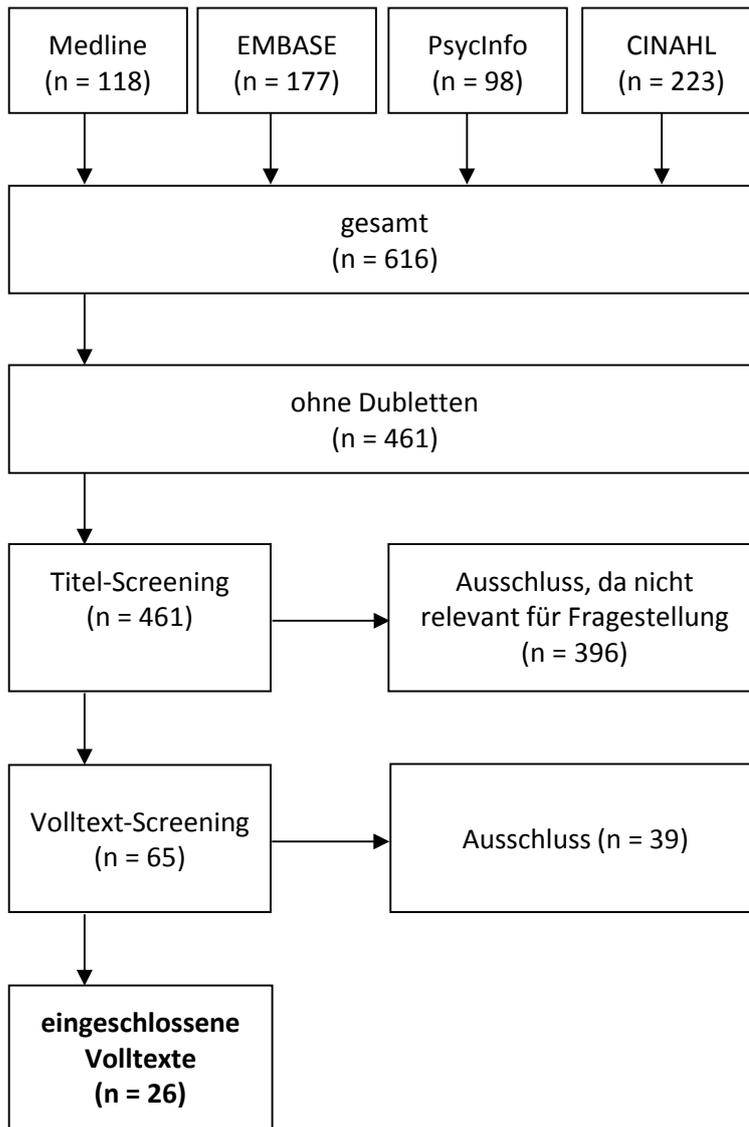


Abbildung 5: Flowchart der systematischen Recherche nach Studien zur integrierten Versorgung in bibliographischen Datenbanken

## 5.2 Eingeschlossene Publikationen zur integrierten Versorgung

Nach dem VT-Screening wurden 26 Publikationen eingeschlossen:

Bock, T; Lambert, M (2013): Hamburger Modell. Entwicklungspotenziale der Krankenhausversorgung. *Nervenheilkunde* 32(5): 270-274.

Bramesfeld, A; Moock, J; Kopke, K; Büchtemann, D; Kästner, D; Radisch, J; et al. (2013): Effectiveness and efficiency of assertive outreach for Schizophrenia in Germany: Study protocol on a pragmatic quasi-experimental controlled trial. *BMC Psychiatry* 13: 56. DOI: 10.1186/1471-244X-13-56.

Büchtemann, D; Kästner, D; Warnke, I; Radisch, J; Baumgardt, J; Giersberg, S; et al. (2016): Hospital utilization outcome of an assertive outreach model for schizophrenic patients –

- results of a quasi-experimental study. *Psychiatry Research* 241: 249-255. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.05.012.
- Fischer, F; Hoffmann, K; Mönter, N; Walle, M; Beneke, R; Negenborn, S; et al. (2014): Kostenevaluation eines Modells der Integrierten Versorgung für schwer psychisch Kranke. *Gesundheitswesen* 76(2): 86-95. DOI: 10.1055/s-0033-1343438.
- Gouzoulis-Mayfrank, E; König, S; Koebke, S; Schnell, T; Schmitz-Buhl, M; Daumann, J (2015): Trans-sector integrated treatment in psychosis and addiction. A randomized controlled study of a motivational, cognitive behavioral therapy program under standard hospital treatment conditions. *Deutsches Ärzteblatt International* 112(41): 683-691. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0683.
- Hamann, J; Heres, S; Seemann, U; Beitinger, R; Spill, B; Kissling, W (2014): Effects of an integrated care program for outpatients with affective or psychotic disorders. *Psychiatry Research* 217(1-2): 15-19. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.02.005.
- Härter, M; Brandes, A; Hillebrandt, B; Lambert, M (2015): psychenet – das Hamburger Netz psychische Gesundheit. *Psychiatrische Praxis* 42(Suppl. 1): S4-S8. DOI: 10.1055/s-0034-1387656.
- Härter, M; Kentgens, M; Brandes, A; Bock, T; Dirmaier, J; Erzberger, M; et al. (2012): Rationale and content of psychenet: the Hamburg Network for Mental Health. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 262(Suppl. 2): 57-63. DOI: 10.1007/s00406-012-0359-y.
- Jürgensen, M; Patzelt, C; Meyer, T (2014): „Dass man also frei bleibt, aber immer das Gefühl hat: Da ist diese Haltestange, die ich brauch.“ Integrierte Versorgung aus Sicht von Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung und ihrer Angehörigen. *Psychiatrische Praxis* 41(1): 29-36. DOI: 10.1055/s-0033-1343160.
- Karow, A; Bock, T; Daubmann, A; Meigel-Schleiff, C; Lange, B; Lange, M; et al. (2014): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 2. Ergebnisse des 2- und 4-Jahres-Langzeitverlaufs. *Psychiatrische Praxis* 41(5): 266-273. DOI: 10.1055/s-0033-1349496.
- Karow, A; Reimer, J; König, HH; Heider, D; Bock, T; Huber, C; et al. (2012): Cost-effectiveness of 12-month therapeutic assertive community treatment as part of integrated care versus standard care in patients with schizophrenia treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). *Journal of Clinical Psychiatry* 73(3): e402-e408. DOI: 10.4088/JCP.11m06875.
- Kerkemeyer, L; Mostardt, S; Biermann, J; Wasem, J; Neumann, A; Walendzik, A; et al. (2015): Evaluation of an integrated care program for schizophrenia: concept and study design. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience* 265(2): 155-162. DOI: 10.1007/s00406-014-0508-6.
- Kissling, W (2008): Das „Münchner Modell“ – Krankenkassen finanzieren Compliance-Programme. *PsychoNeuro* 34(9): 410-415. DOI: 10.1055/s-0028-1099271.

- Lambert, M; Bock, T; Daubmann, A; Meigel-Schleiff, C; Lange, B; Lange, M; et al. (2014a): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 1. Rationales, Behandlungsmodell und Ergebnisse der Vorstudie. *Psychiatrische Praxis* 41(5): 257-265. DOI: 10.1055/s-0033-1349497.
- Lambert, M; Bock, T; Schöttle, D; Golks, D; Meister, K; Rietschel, L; et al. (2010): Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). *Journal of Clinical Psychiatry* 71(10): 1313-1323. DOI: 10.4088/JCP.09m05113yel.
- Lambert, M; Ruppelt, F; Rohenkohl, A; Karow, A; Gallinat, J; Wiedemann, K (2016): Langzeittherapie in der Schizophrenie. Erfolgreiche psychosoziale Re-Integration durch Integrierte Versorgung. *Psychopharmakotherapie* 23(2): 58-66.
- Lambert, M; Schöttle, D; Bock, T; Schulte-Markwort, M; Naber, D; Karow, A (2014b): Hamburger Modell der integrierten Versorgung von schwer erkrankten Psychosepatienten. *Psychotherapeut* 59(2): 95-99. DOI: 10.1007/s00278-014-1034-8.
- Lambert, M; Schöttle, D; Ruppelt, F; Lüdecke, D; Sarikaya, G; Schulte-Markwort, M; et al. (2015): Integrierte Versorgung für erst- und mehrfacherkrankte Patienten mit schweren psychotischen Erkrankungen. 3-Jahres-Ergebnisse des Hamburger Modells. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 58(4-5): 408-419. DOI: 10.1007/s00103-015-2123-8.
- Mayer-Amberg, N; Woltmann, R; Walther, S (2016): An Integrated Care Initiative to Improve Patient Outcome in Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry* 6(184). DOI: 10.3389/fpsy.2015.00184.
- Preugschat, F; Poweleit, N (2013): Integrierte Versorgung Schizophrenie der AOK Niedersachsen. Bericht über das Modell zur Umsetzung einer sektorenübergreifenden sozial-psychiatrischen Behandlung. *Nervenheilkunde* 32(5): 281-285.
- Schmidt-Kraepelin, C; Janssen, B; Gaebel, W (2009): Prevention of rehospitalization in schizophrenia: results of an integrated care project in Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 259(Suppl. 2): S205-S212. DOI: 10.1007/s00406-009-0056-7.
- Schöttle, D; Karow, A; Schimmelmann, BG; Lambert, M (2013): Integrated care in patients with schizophrenia: results of trials published between 2011 and 2013 focusing on effectiveness and efficiency. *Current opinion in psychiatry* 26(4): 384-408. DOI: 10.1097/YCO.0b013e328361ec3b.
- Schöttle, D; Ruppelt, F; Karow, A; Lambert, M (2015): Home Treatment – aufsuchende Behandlung im Hamburger Modell der Integrierten Versorgung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 65(3-4): 140-145. DOI: 10.1055/s-0034-1390424.

Schöttle, D; Schimmelmann, BG; Karow, A; Ruppelt, F; Sauerbier, A-L; Bussopulos, A; et al. (2014): Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia spectrum and bipolar I disorders: the 24-month follow-up ACCESS II study. *Journal of Clinical Psychiatry* 75(12): 1371-1379. DOI: 10.4088/JCP.13m08817.

Stierlin, AS; Herder, K; Helmbrecht, MJ; Prinz, S; Walendzik, J; Holzmann, M; et al. (2014): Effectiveness and efficiency of integrated mental health care programmes in Germany: Study protocol of an observational controlled trial. *BMC Psychiatry* 14: 163. DOI: 10.1186/1471-244X-14-163.

Von Tiedemann, T; Albus, M; Riedel, C; Küchenhoff, H (2011): Qualität der ambulanten Behandlung schizophrener Patienten. Integrierte Versorgung im Vergleich zur Standardbehandlung. *Psychopharmakotherapie* 18(6): 257-262.

### 5.3 Websiterecherche und Handsuche

Es wurde eine ergänzende Websiterecherche durchgeführt (ausführlich beschrieben in Abschnitt 4.3). Dabei konnten hinsichtlich der integrierten Versorgung 3 Publikationen als relevant eingeschlossen werden.

Ergänzend dazu erfolgte eine Handsuche in Referenzlisten ausgewählter publizierter Übersichtsarbeiten sowie im Abschlussbericht des AQUA-Instituts (AQUA 2016).

Folgende Publikationen wurden zusätzlich über die Websiterecherche bzw. die Handsuche eingeschlossen:

Holler, G (2009): Neuorientierung der psychiatrischen Behandlungsangebote im ambulanten Bereich durch integrierte Versorgung. In: Ziegenbein, M; Machleidt, W; Brüggemann, BR; Wessels, A; Haltenhof, H; Hrsg.: *Schizophrenie – Frühintervention und Langzeitbegleitung*. Lengerich: Pabst Science Publishers. ISBN: 9783899675849.

Moock, J; Koch, C; Kawohl, W (2012): Integrierte Versorgungskonzepte für psychisch erkrankte Menschen. *G+G Wissenschaft* 12(3): 24-34. URL: [http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_ggw/wido\\_ggwaufs3\\_0712.pdf](http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggwaufs3_0712.pdf).

Ruprecht, TM; Klüsener, J (2010): „Managed Care“ in der Psychiatrie? Das TK-„Netzwerk psychische Gesundheit“ als Modell für die integrierte Versorgung psychisch Kranker. *G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik* 4: 40-46. DOI: 10.5771/1611-5821-2010-4-40.

Schillen, T; Thiex-Krey, M (2012): Ambulante Behandlung durch die psychiatrische Klinik. *G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik* 4: 53-59. DOI: 10.5771/1611-5821-2012-4-53.

Schmid, P; Steinert, T; Borbé, R (2013): Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. *Psychiatrische Praxis* 40(8): 414-424. DOI: 10.1055/s-0033-1343192.

Tophoven, C; Wessels, T (2013): Let's get physical: Integrierte und teamorientierte Versorgung. *G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik* 2-3: 93-98. DOI: 10.5771/1611-5821-2013-2-3-93.

Eine Gesamtübersicht über die Recherche und die eingeschlossenen Publikationen zur integrierten Versorgung bietet Abbildung 6.

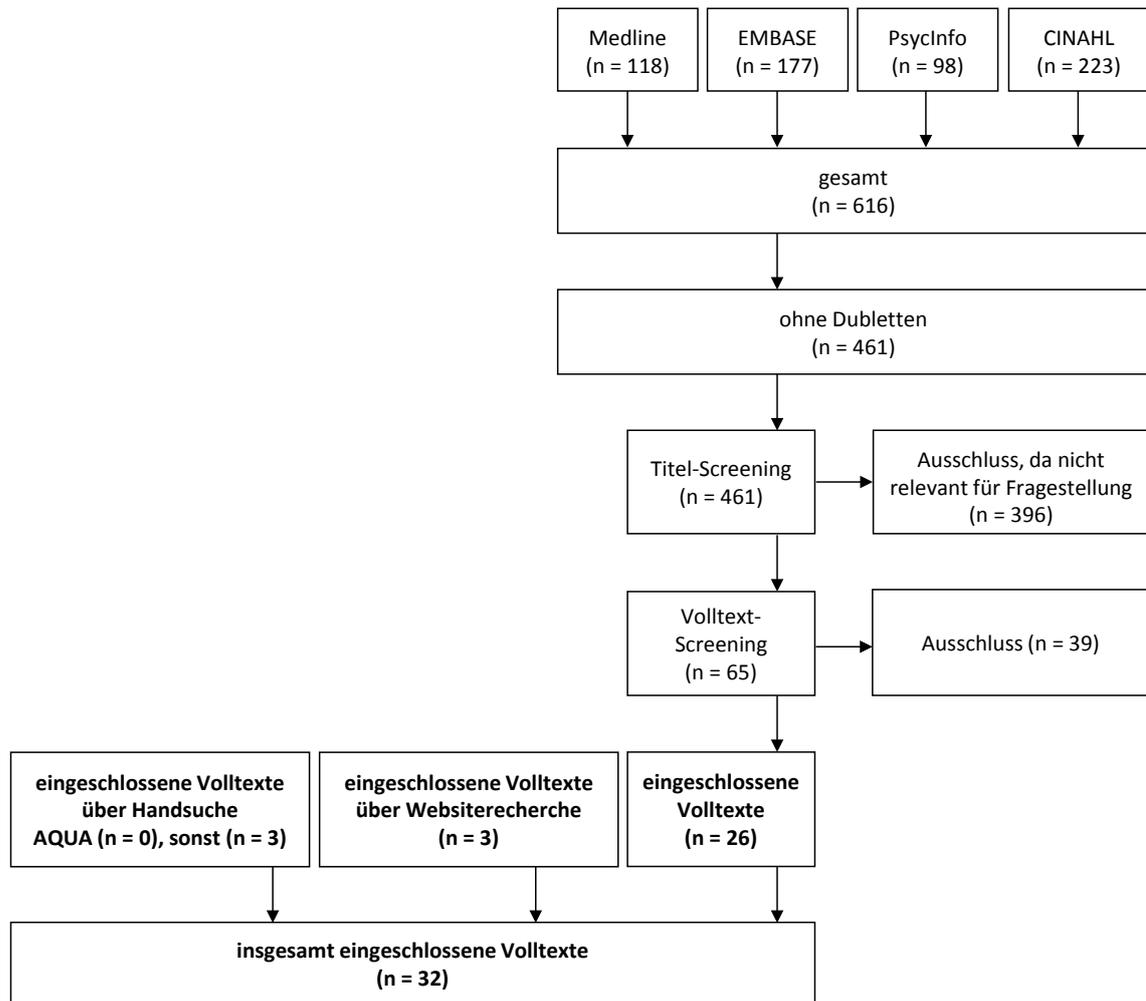


Abbildung 6: Flowchart der gesamten Recherche nach Studien zur integrierten Versorgung

## 6 Informationsbeschaffung von qualitativen Studien zur Patientenperspektive

### 6.1 Recherche in bibliografischen Datenbanken

In Tabelle 18 sind die Einschlusskriterien, die der Entwicklung der Recherchestrategie und dem Screening der Publikationen zugrunde liegen, aufgeführt.

Tabelle 18: Einschlusskriterien für qualitative Studien zur Patientenperspektive

	Einschluss
E30	Die Studie adressiert die Diagnosegruppen ICD-10-GM F20.-F29. als <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hauptfokus               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ nur Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10-GM F20.-F29. sind als Population genannt; die Studie hat ihren inhaltlichen Schwerpunkt auf der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose ICD-10-GM F20.-F29.</li> </ul> </li> </ul>
E31	Das Krankheitsbild der Patientinnen und Patienten ist eindeutig einer Erkrankung aus ICD 10 F20.-F29. zuzuordnen.
E32	Der Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10-GM F20.-F29. ist in der Studie ausgewiesen.
E33	Die Studienpopulation umfasst mindestens 80 % Patientinnen und Patienten mit der Diagnose ICD-10-GM F20.-F29.
E34	Die Studie umfasst Patientinnen und Patienten, die 18 Jahre und älter sind. Dabei sollen folgende Zielgruppen nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kinder von Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ Eltern von Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ andere Familienangehörige</li> <li>▪ pflegende Angehörige</li> <li>▪ psychisch kranke Straftäterinnen und Straftäter</li> </ul>
E35	Die Studie adressiert die Behandlung von Patientinnen und Patienten in Ländern der WHO Strata A.
E36	Die Studie adressiert folgende Themen der Behandlung/Versorgung durch Gesundheitsprofessionen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rezidiv</li> <li>▪ Komplikationen</li> <li>▪ Nebenwirkungen</li> <li>▪ psychosoziales Funktionsniveau</li> <li>▪ soziales Funktionsniveau</li> <li>▪ körperliches Funktionsniveau</li> </ul>

	<b>Einschluss</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lebensqualität</li> <li>▪ Eingliederung/Arbeitsfähigkeit</li> <li>▪ Empowerment</li> <li>▪ Shared-Decision Making</li> <li>▪ Autonomie</li> <li>▪ stationäre Wiederaufnahme</li> <li>▪ Wiedererlangung von Alltagsfähigkeiten</li> <li>▪ Symptombelastung</li> <li>▪ Symptomveränderung</li> <li>▪ Remission</li> <li>▪ Suizidversuch</li> <li>▪ Stigmatisierung durch Gesundheitsprofession</li> </ul> <p>Mortalität, Suizid, Patientenzufriedenheit, Patientenpräferenz, Selbststigmatisierung, Stigmatisierung durch das soziale Umfeld/die Gesellschaft sollen dabei nicht berücksichtigt werden und führen zum Ausschluss der Studie.</p>
E37	Publikationssprache Deutsch oder Englisch
E38	Die Information wurde in den letzten 10 Jahren veröffentlicht (2006).
E39	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Referenz ist eine systematische Übersichtsarbeit (Publikationstyp).</li> </ul> <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Referenz ist eine Primärstudie, die nicht in den Übersichtsarbeiten enthalten ist. Dabei sollen Poster, Konferenzbeiträge, Editorials, Kommentare, Kurzmeldungen, Dissertationen und Studien, bei denen der VT nicht beschaffbar ist, nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden.</li> </ul>
E40	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E40.1: Die Referenz ist eine Studie mit vollständig qualitativen methodischen Ansatz.</li> </ul> <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E40.2: Die Referenz ist eine Studie, die teilweise einen qualitativen methodischen Ansatz hat.</li> </ul>

Die Literaturrecherche nach relevanten Studien wurde in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Medline via OVID ab 1946
- PsycInfo via OVID ab 1806
- EMBASE via Elsevier ab 1974
- CINAHL via EBSCO ab 1961

Für die Recherche wurde zunächst eine Strategie für die Literaturdatenbank Medline entwickelt und dann entsprechend an die anderen Datenbanken angepasst. Ausgehend vom PICO-Schema

und dem bereits vorab vorliegenden Testsets aus relevanten Publikationen (n = 12) wurden die relevanten Suchbegriffe (siehe Tabelle 19, Tabelle 20, Tabelle 21 und Tabelle 22) abgeleitet.

Bei der systematischen Suche wurden letztendlich 9 Publikationen vom Testset identifiziert. Bei 2 Publikationen entsprach der Publikationszeitraum nicht den unten aufgeführten Limitationen und bei einer Publikation wurde nur allgemein „mental illness“ betrachtet und nicht speziell Schizophrenie.

Der Suchstring bestand aus zwei großen Blöcken: ein Rechercheblock für Schizophrenie und ein Rechercheblock für qualitative Studien. Der Block für qualitative Studien wurde für die Datenbanken Medline und PsycINFO entnommen von UHealth (2016b), UHealth (2016c).

Für die Datenbanken EMBASE und CINAHL wurde dieser Rechercheblock geringfügig angepasst.

Folgende Limitationen wurden bei der Suchstrategie berücksichtigt:

- Publikationsjahre 2006 bis 2016
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- Zielgruppe der Publikationen sollten keine Kinder und/oder Jugendliche sein
- keine Editorials, Kommentare, Kongressbeiträge

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (s.u.).

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken im Zeitraum vom 06. bis 11. Juli 2016.

#### Suchstrategie für Medline via OVID

Database: Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) <1946 to Present>

*Tabelle 19: Suchstrategie und Suchbegriffe für Medline via OVID (qualitative Studien zur Patientenperspektive)*

#	Searches
1	((("semi-structured" or semistructured or unstructured or informal or "in-depth" or indepth or "face-to-face" or structured or guide) adj3 (interview* or discussion* or questionnaire*)) or (focus group* or qualitative or ethnograph* or fieldwork or "field work" or "key informant")).ti,ab. or interviews as topic/ or focus groups/ or narration/ or qualitative research/
2	psychosis.mp. or exp Psychotic Disorders/
3	exp Schizophrenia/ or schizophrenia.mp.
4	schizoaffective.mp.
5	2 or 3 or 4
6	1 and 5

#	Searches
7	animals/ not (animals/ and humans/)
8	limit 6 to yr="2006 -Current"
9	8 not 7
10	limit 9 to (english or german)
11	limit 10 to (clinical conference or comment or congresses or editorial)
12	10 not 11

### Suchstrategie für PsycInfo via OVID

Database: PsycINFO <1806 to June Week 5 2016>

Tabelle 20: Suchstrategie und Suchbegriffe für PsycInfo via OVID (qualitative Studien zur Patientenperspektive)

#	Searches
1	((("semi-structured" or semistructured or unstructured or informal or "in-depth" or indepth or "face-to-face" or structured or guide or guides) adj3 (interview* or discussion* or questionnaire*)).ti,ab,id. or (focus group* or qualitative or ethnograph* or fieldwork or "field work" or "key informant")).ti,ab,id. or exp qualitative research/ or exp interviews/ or exp group discussion/ or qualitative study.md.) not "Literature Review".md.
2	exp PSYCHOSIS/ or psychosis.mp.
3	exp SCHIZOPHRENIA/ or schizophrenia.mp.
4	schizoaffective.mp.
5	exp SCHIZOAFFECTIVE DISORDER/
6	2 or 3 or 4 or 5
7	1 and 6
8	limit 7 to yr="2006 -Current"
9	animals/ not (animals/ and humans/)
10	8 not 9
11	limit 10 to (english or german)
12	limit 11 to (120 neonatal <birth to age 1 mo> or 140 infancy <2 to 23 mo> or 160 preschool age <age 2 to 5 yrs>)
13	11 not 12

**Suchstrategie für EMBASE via Elsevier**

Tabelle 21: Suchstrategie und Suchbegriffe für EMBASE via Elsevier (qualitative Studien zur Patientenperspektive)

#	Searches
1	'schizophrenia'/exp OR 'schizophrenia'
2	'psychosis'/exp OR 'psychosis'
3	'schizoaffektive'
4	#1 OR #2 OR #3
5	((('semi-structured' OR semistructured OR unstructured OR informal OR 'in-depth' OR indepth OR 'face-to-face' OR structured OR guide) NEAR/3 (interview* OR discussion* OR questionnaire*)):ab,ti OR 'focus group*':ab,ti OR qualitative:ab,ti OR ethnograph* :ab,ti OR fieldwork:ab,ti OR 'field work':ab,ti OR 'key informant':ab,ti OR 'interview'/exp OR 'narrative'/exp OR 'qualitative research'/exp
6	#4 AND #5
7	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
8	#6 NOT #7
9	#8 AND [2006-2016]/py
10	#9 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
11	#10 AND ([conference abstract]/lim OR [editorial]/lim OR [note]/lim)
12	#10 NOT #11

**Suchstrategie für CINAHL via EBSCO**

Tabelle 22: Suchstrategie und Suchbegriffe für CINAHL via EBSCO (qualitative Studien zur Patientenperspektive)

#	Searches
S1	((AB semi-structured OR TI semi-structured) OR (AB semistructured OR TI semistructured) OR (AB unstructured OR TI unstructured) OR (AB informal OR TI informal) OR (AB in-depth OR TI in-depth) OR (AB indepth OR TI indepth) OR (AB face-to-face OR TI face-to-face) OR (AB structured OR TI structured) OR (AB guide OR TI guide)) N3 ((AB interview* OR TI interview*) OR (AB discussion* OR TI discussion*) OR (AB questionnaire* OR TI questionnaire*))
S2	((AB "focus group*" OR TI "focus group*") OR (AB qualitative OR TI qualitative) OR (AB ethnograph* OR TI ethnograph*) OR (AB fieldwork OR TI fieldwork) OR (AB "field work" OR TI "field work") OR (AB "key informant" OR TI key "informant"))
S3	(MM "Focus Groups")
S4	(MM "Narratives")

#	Searches
S5	(MH "Qualitative Studies+")
S6	(MH "Interviews+")
S7	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6
S8	(MH "Psychotic Disorders+")
S9	(MH "Schizophrenia+")
S10	TX psychosis
S11	TX schizophrenia
S12	TX schizoaffective
S13	S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12
S14	S7 AND S13
S15	S7 AND S13; Limiters - Published Date: 20060101-20161231
S16	(MH "Animals+")
S17	(MH "Human+")
S18	(MH "Animals+") NOT ((MH "Animals+") AND (MH "Human+"))
S19	S15 NOT S18
S20	S19 NOT PT editorial NOT PT commentary

Die Titel und Abstracts der Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Forschungsfragen überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurde die Publikation für ein VT-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 18) zutreffen. In einer Dokumentation des VT-Screenings wurden u. a. auch die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen festgehalten. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert, um eine Einigung herbeizuführen.

Eine Übersicht über die Recherche nach qualitativen Studien in bibliographischen Datenbanken und die eingeschlossenen Publikationen zur Patientenperspektive gibt Abbildung 7.

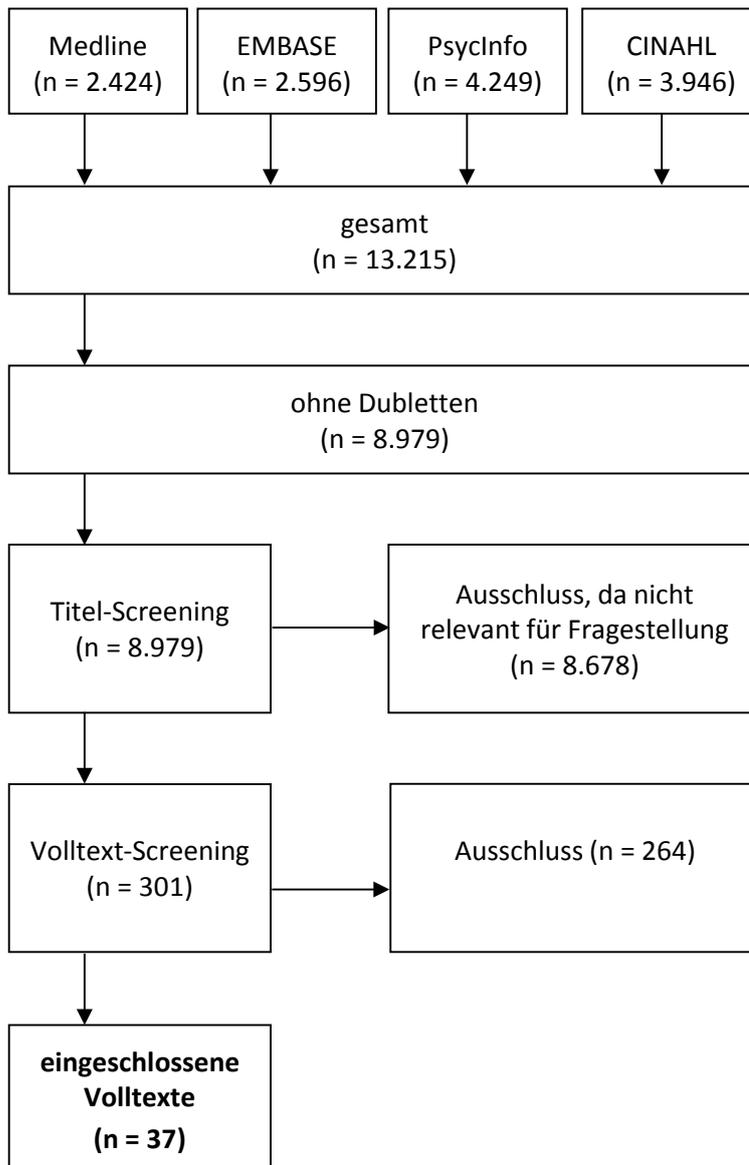


Abbildung 7: Flowchart der systematischen Recherche nach qualitativen Studien zur Patientenperspektive in bibliographischen Datenbanken

## 6.2 Eingeschlossene Publikationen von qualitativen Studien zur Patientenperspektive

Nach dem VT-Screening wurden 37 qualitative Studien zur Patientenperspektive eingeschlossen:

Allard, J; Lancaster, S; Clayton, S; Amos, T; Birchwood, M (2016): Carers' and service users' experiences of early intervention in psychosis services: implications for care partnerships. *Early Intervention in Psychiatry* 13. DOI: 10.1111/eip.12309.

- Andreasson, E; Skärsäter, I (2012): Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: Basis for an action plan. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 19(1): 15-22. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01748.x.
- Avieli, H; Mushkin, P; Araten-Bergman, T; Band-Winterstein, T (2016): Aging With Schizophrenia: A Lifelong Experience of Multidimensional Losses and Suffering. *Archives of Psychiatric Nursing* 30(2): 230-236. DOI: 10.1016/j.apnu.2015.11.005.
- Boydell, KM; Stasiulis, E; Volpe, T; Gladstone, B (2010): A descriptive review of qualitative studies in first episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry* 4(1): 7-24. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2009.00154.x.
- Das, AK; Malik, A; Haddad, PM (2014): A qualitative study of the attitudes of patients in an early intervention service towards antipsychotic long-acting injections. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology* 4(5): 179-185. DOI: 10.1177/2045125314542098.
- Farone, DW (2006): Schizophrenia, community integration, and recovery: Implications for social work practice. *Social Work in Mental Health* 4(4): 21-36. DOI: 10.1300/J200v04n04 02.
- Fenton, K; Larkin, M; Boden, ZVR; Thompson, J; Hickman, G; Newton, E (2014): The experiential impact of hospitalisation in early psychosis: service-user accounts of inpatient environments. *Health & Place* 30: 234-241. DOI: 10.1016/j.healthplace.2014.09.013.
- Forsberg, K-A; Lindqvist, O; Bjorkman, TN; Sandlund, M; Sandman, PO (2011): Meanings of participating in a lifestyle programme for persons with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25(2): 357-364. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2010.00834.x.
- Gioia, D (2006): Examining Work Delay in Young Adults with Schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 9(3): 167-190. DOI: 10.1080/15487760600961543.
- González-Torres, MA; Oraa, R; Arístegui, M; Fernández-Rivas, A; Guimon, J (2007): Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. A qualitative study with focus groups. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 42(1): 14-23. DOI: 10.1007/s00127-006-0126-3.
- Gunmo, P; Fatouros-Bergman, H (2011): What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being. *International Journal Qualitative Studies Health Well-being* 6(1): 5412. DOI: 10.3402/qhw.v6i1.5412.
- Hamann, J; Kohl, S; McCabe, R; Bühner, M; Mendel, R; Albus, M; et al. (2016): What can patients do to facilitate shared decision making? A qualitative study of patients with depression or schizophrenia and psychiatrists. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 51(4): 617-625. DOI: 10.1007/s00127-015-1089-z.
- Harris, K; Collinson, C; das Nair, R (2012): Service-users' experiences of an early intervention in psychosis service: An interpretative phenomenological analysis. *Psychology & Psychotherapy* 85(4): 456-469. DOI: 10.1111/j.2044-8341.2011.02043.x.

- Holding, JC; Gregg, L; Haddock, G (2016): Individuals' experiences and opinions of psychological therapies for psychosis: A narrative synthesis. *Clinical Psychology Review* 43: 142-161. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.10.004.
- Howe, L; Tickle, A; Brown, I (2014): 'Schizophrenia is a dirty word': service users' experiences of receiving a diagnosis of schizophrenia. *Psychiatric Bulletin* 38(4): 154-158. DOI: 10.1192/pb.bp.113.045179.
- Iyer, S; Banks, N; Roy, M-A; Tibbo, P; Williams, R; Manchanda, R; et al. (2013): A qualitative study of experiences with and perceptions regarding long-acting injectable antipsychotics: Part I – patient perspectives. *Canadian Journal of Psychiatry* 58(5 Suppl. 1): 14S-22S.
- Jürgensen, M; Patzelt, C; Meyer, T (2014): „Dass man also frei bleibt, aber immer das Gefühl hat: Da ist diese Haltestange, die ich brauch.“ Integrierte Versorgung aus Sicht von Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung und ihrer Angehörigen. *Psychiatrische Praxis* 41(1): 29-36. DOI: 10.1055/s-0033-1343160.
- Katakura, N; Matsuzawa, K; Ishizawa, K; Takayanagi, C (2013): Psychological and physical self-management of people with schizophrenia in community psychiatric rehabilitation settings: A qualitative study. *International Journal of Nursing Practice* 19(Suppl. 2): 24-33. DOI: 10.1111/ijn.12041.
- Kinter, ET; Schmeding, A; Rudolph, I; dosReis, S; Bridges, JFP (2009): Identifying patient-relevant endpoints among individuals with schizophrenia: An application of patient-centered health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 25(1): 35-41. DOI: 10.1017/S0266462309090059.
- Lal, S; Ungar, M; Malla, A; Leggo, C; Suto, M (2015): Impact of Mental Health Services on Resilience in Youth with First Episode Psychosis: A Qualitative Study. *Administration & Policy in Mental Health*, Epub 24.11.2015. DOI: 10.1007/s10488-015-0703-4.
- Lester, H; Khan, N; Jones, P; Marshall, M; Fowler, D; Amos, T; et al. (2012): Service users' views of moving on from early intervention services for psychosis: a longitudinal qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice* 62(596): e183-e190. DOI: 10.3399/bjgp12X630070.
- Leutwyler, HC; Fox, PJ; Wallhagen, MI (2013): Medication adherence among older adults with schizophrenia. *Journal of Gerontological Nursing* 39(2): 26-34. DOI: 10.3928/00989134-20130109-02.
- Leutwyler, HC; Wallhagen, MI (2010): Understanding physical health of older adults with schizophrenia: building and eroding trust. *Journal of Gerontological Nursing* 36(5): 38-45. DOI: 10.3928/00989134-20091103-99.
- Liersch-Sumskis, S; Moxham, L; Curtis, J (2015): Choosing to Use Compared to Taking Medication: The Meaning of Medication as Described by People Who Experience Schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care* 51(2): 114-120. DOI: 10.1111/ppc.12072.

- Lozem, GF; Frafjord, JS; Steffensen, M; Wang, CEA (2014): Medication and participation: A qualitative study of patient experiences with antipsychotic drugs. *Nursing Ethics* 21(3): 347-358. DOI: 10.1177/0969733013498528.
- Loughland, C; Cheng, K; Harris, G; Kelly, B; Cohen, M; Sandhu, H; et al. (2015): Communication of a schizophrenia diagnosis: A qualitative study of patients' perspectives. *International Journal of Social Psychiatry* 61(8): 729-734. DOI: 10.1177/0020764015576814.
- Makdisi, L; Blank, A; Bryant, W; Andrews, C; Franco, L; Parsonage, J (2013): Facilitators and barriers to living with psychosis: An exploratory collaborative study of the perspectives of mental health service users. *British Journal of Occupational Therapy* 76(9): 418-426. DOI: 10.4276/030802213X13782044946346.
- Mestdagh, A; Hansen, B (2014): Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 49(1): 79-87. DOI: 10.1007/s00127-013-0729-4.
- Phillips, L; McCann, E (2007): The subjective experiences of people who regularly receive depot neuroleptic medication in the community. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 14(6): 578-586.
- Pitkänen, A; Hätönen, H; Kuosmanen, L; Välimäki, M (2008): Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 45(11): 1598-1606. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2008.03.003.
- Rogausch, A; Kapmeyer, A; Tenbieg, A; Himmel, W (2008): Die Rolle des Hausarztes in der ambulanten Schizophreniebehandlung aus Sicht von Patienten. *Psychiatrische Praxis* 35(4): 194-197. DOI: 10.1055/s-2007-986286.
- Roick, C; Gärtner, A; Heider, D; Dietrich, S; Angermeyer, MC (2006): Heavy use of psychiatric inpatient care from the perspective of the patients affected. *International Journal of Social Psychiatry* 52(5): 432-446. DOI: 10.1177/0020764006066824.
- Salyers, MP; Matthias, MS; Sidenbender, S; Green, A (2013): Patient activation in schizophrenia: Insights from stories of illness and recovery. *Administration & Policy in Mental Health* 40(5): 419-427. DOI: 10.1007/s10488-012-0435-7.
- Sweers, K; Dierckx de Casterlé, B; Detraux, J; De Hert, M (2013): End-of-life (care) perspectives and expectations of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 27(5): 246-252. DOI: 10.1016/j.apnu.2013.05.003.
- Topor, A; Di Girolamo, S (2010): "You have to be careful who you talk to and what you say ..." – on psychosis and making rational choices. *Journal of Mental Health* 19(6): 553-561. DOI: 10.3109/09638237.2010.520366.
- Tunmer, TP; Salzer, MS (2006): Consumer perspectives on quality of care in the treatment of schizophrenia. *Administration & Policy in Mental Health* 33(6): 674-681.

Weich, S; Griffith, L; Commander, M; Bradby, H; Sashidharan, SP; Pemberton, S; et al. (2012): Experiences of acute mental health care in an ethnically diverse inner city: qualitative interview study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 47(1): 119-128. DOI: 10.1007/s00127-010-0314-z.

### 6.3 Websiterecherche und Handsuche

Es wurde eine ergänzende Websiterecherche nach relevanten Publikationen zur Patientenperspektive in der Versorgung durchgeführt (ausführlich beschrieben in Abschnitt 4.3). Dabei konnten hinsichtlich dieser Fragestellung keine qualitativen Studien zur Patientenperspektive als relevant eingeschlossen werden.

Ergänzend dazu erfolgte eine Handsuche in Referenzlisten ausgewählter publizierter Übersichtsarbeiten sowie im Abschlussbericht des AQUA-Instituts (AQUA 2016). Folgende drei qualitative Studien zur Patientenperspektive wurden über die Handsuche eingeschlossen:

Beitinger, R; Kissling, W; Hamann, J (2014): Trends and perspectives of shared decision-making in schizophrenia and related disorders. *Current opinion in psychiatry* 27(3): 222-229. DOI: 10.1097/YCO.000000000000057.

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011c)<sup>5</sup>: NICE Clinical Guideline CG136. Service user experience in adult mental health. Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. Appendix 13: Key problems – qualitative analyses matrix for each guideline and healthtalkonline. Review Decision Date: May 2014. NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/evidence/appendix-13-key-problems-qualitative-analyses-matrix-for-each-guideline-and-healthtalkonline-185085620>.

Stein, CH; Leith, JE; Osborn, LA; Greenberg, S; Petrowski, CE; Jesse, S; et al. (2015): Mental health system historians: Adults with schizophrenia describe changes in community mental health care over time. *Psychiatric Quarterly* 86(1): 33-48. DOI: 10.1007/s11126-014-9325-3. URL: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11126-014-9325-3>.

Eine Gesamtübersicht über die Recherche und die eingeschlossenen Publikationen zur Patientenperspektive bietet Abbildung 8.

---

<sup>5</sup> Im Rahmen der Entwicklung der NICE-Leitlinie zu „Service User Experience in Adult Mental Health“ wurde neben der erneuten Analyse von qualitativen Studien zur Patientenperspektive, die für die Erstellung anderer NICE-Leitlinien recherchiert wurden, und der Berücksichtigung der Ergebnisse von drei standardisierten Umfragen zu Patientenerfahrungen auch eine eigene qualitative Studie zu den Erfahrungen von Patienten mit Schizophrenie durchgeführt (NCCMH 2011b: 29). Für die Erstellung des Qualitätsmodells und der Ableitung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung wurde im Rahmen der Analyse zur Patientenperspektive die qualitative Primärstudie der Leitlinienautoren separat von den Empfehlungen der Leitlinie berücksichtigt. Das Interviewmaterial und eine Charakterisierung der Teilnehmer liegt unter <http://www.healthtalk.org/peoples-experiences/mental-health/experiences-psychosis> vor (NCCMH 2011b: 37/38 Table 11). Für die Extraktion wurden die Darstellungen in Appendix 13 (NCCMH 2011c:27-46) verwendet. Hinweis zur Zitation im Zwischenbericht: Sind die Ergebnisse der qualitativen Primärstudie gemeint, wird die Studie im Rahmen der Ergebnisse der anderen qualitativen Studien als (NCCMH 2011c: 27-46) zitiert; sind die Empfehlungen der Leitlinie gemeint, so wird die Leitlinie als (NCCMH 2011b) im Text zitiert.

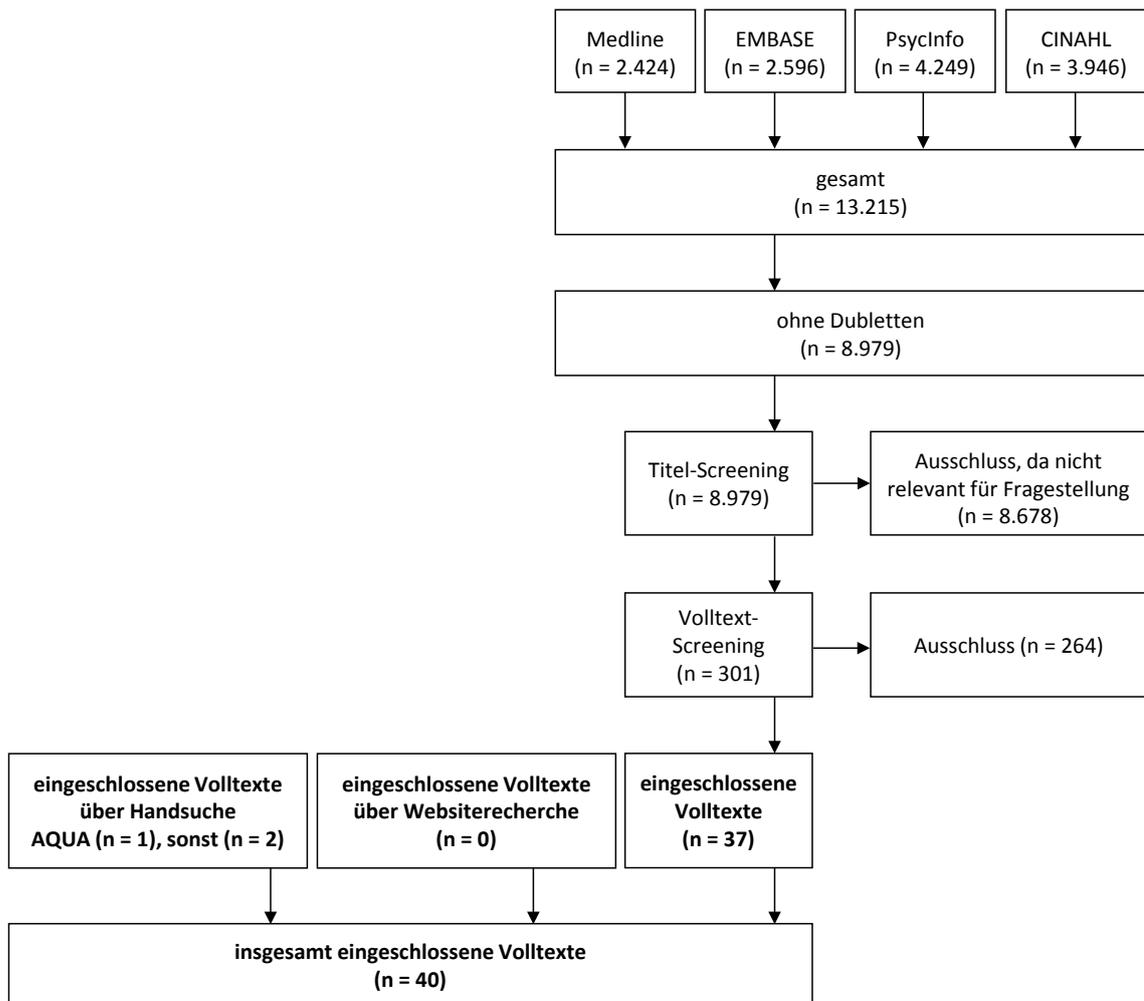


Abbildung 8: Flowchart der gesamten Recherche zur Patientenperspektive

#### 6.4 Aktualisierung der Recherche für die Konkretisierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung

Für die Konkretisierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung wurde im Dezember 2016 eine Aktualisierung der Recherche nach qualitativen Studien zur Patientenperspektive in bibliographischen Datenbanken durchgeführt. Im Vergleich zur ursprünglichen Recherche änderten sich die Einschlusskriterien für E36 geringfügig, um auf die Qualitätsaspekte der Patientenbefragung zu fokussieren. In Tabelle 23 sind die Einschlusskriterien der Aktualisierung der Recherche nach qualitativen Studien zur Patientenperspektive aufgeführt.

Ergänzend dazu erfolgte eine Handsuche in Referenzlisten der neu identifizierten Publikationen. Zudem wurden die 40 Studien, die für die Erstellung des Qualitätsmodells identifiziert wurden, auf Basis der modifizierten Einschlusskriterien erneut durch zwei Personen unabhängig voneinander gescreent.

Tabelle 23: Einschlusskriterien für qualitative Studien zur Patientenperspektive (Aktualisierung der Recherche für die Konkretisierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung)

Einschluss	
E30	<p>Die Studie adressiert die Diagnosegruppen ICD-10-GM F20.-F29. als</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hauptfokus <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ nur Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10-GM F20.-F29. sind als Population genannt; die Studie hat ihren inhaltlichen Schwerpunkt auf der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose ICD-10-GM F20.-F29.</li> </ul> </li> </ul>
E31	Das Krankheitsbild der Patientinnen und Patienten ist eindeutig einer Erkrankung aus ICD-10-GM F20.-F29. zuzuordnen.
E32	Der Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10-GM F20.-F29. ist in der Studie ausgewiesen.
E33	Die Studienpopulation umfasst mindestens 80 % Patientinnen und Patienten mit der Diagnose ICD-10-GM F20.-F29.
E34	<p>Die Studie umfasst Patientinnen und Patienten, die 18 Jahre und älter sind. Dabei sollen folgende Zielgruppen nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kinder von Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ Eltern von Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ andere Familienangehörige</li> <li>▪ pflegende Angehörige</li> <li>▪ psychisch kranke Straftäterinnen und Straftäter</li> </ul>
E35	Die Studie adressiert die Behandlung von Patientinnen und Patienten in Ländern der WHO Strata A.
E36	<p>Die Studie adressiert folgende Themen der Behandlung/Versorgung durch Gesundheitsprofessionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ psychosoziales Funktionsniveau</li> <li>▪ gesundheitsbezogene Lebensqualität</li> <li>▪ Integration in den Arbeitsmarkt</li> <li>▪ Teilhabe</li> <li>▪ Recovery</li> <li>▪ Kontinuität, Koordination und Kooperation der Versorgung/Behandlung</li> <li>▪ Entlassung</li> <li>▪ Empowerment</li> <li>▪ partizipative Entscheidungsfindung</li> <li>▪ Beteiligung an Entscheidungen</li> <li>▪ Information und Aufklärung</li> <li>▪ Kommunikation und Interaktion mit der Patientin / dem Patienten</li> <li>▪ Stigmatisierung durch Gesundheitsprofessionen</li> </ul>

	Einschluss
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adhärenz und Compliance</li> <li>▪ Nebenwirkungen</li> <li>▪ Psychoedukation</li> <li>▪ Restriktive Maßnahmen</li> </ul> <p>Mortalität, Suizid, Patientenzufriedenheit, Patientenpräferenz, Selbststigmatisierung, Stigmatisierung durch das soziale Umfeld/die Gesellschaft sollen dabei nicht berücksichtigt werden und führen zum Ausschluss der Studie.</p>
E37	Publikationssprache Deutsch oder Englisch
E38	Die Information wurde in den letzten 10 Jahren veröffentlicht (2006).
E39	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Referenz ist eine systematische Übersichtsarbeit (Publikationstyp).</li> </ul> <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Referenz ist eine Primärstudie, die nicht in den Übersichtsarbeiten enthalten ist. Dabei sollen Poster, Konferenzbeiträge, Editorials, Kommentare, Kurzmeldungen, Dissertationen und Studien, bei denen der VT nicht beschaffbar ist, nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden.</li> </ul>
E40	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E40.1: Die Referenz ist eine Studie mit vollständig qualitativem methodischem Ansatz.</li> </ul> <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E40.2: Die Referenz ist eine Studie, die teilweise einen qualitativen methodischen Ansatz hat.</li> </ul>

Wie zuvor wurde die Literaturrecherche nach relevanten Studien in den folgenden bibliografischen Datenbanken mit den in Tabelle 19, Tabelle 20, Tabelle 21 und Tabelle 22 dargestellten Suchstrategien und Suchbegriffen und einem angepassten Datum (bis einschließlich 12. Dezember 2016) durchgeführt:

- Medline via OVID ab 1946
- PsycInfo via OVID ab 1806
- EMBASE via Elsevier ab 1974
- CINAHL via EBSCO ab 1961

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 12. Dezember 2016.

Das Screening der Titel und Abstracts sowie das Screening der Volltexte der neu recherchierten Publikationen wurden wie zuvor von zwei Personen unabhängig voneinander durchgeführt.

Eine Übersicht über die aktualisierte Recherche nach qualitativen Studien in bibliographischen Datenbanken und die eingeschlossenen Publikationen zur Patientenperspektive gibt Abbildung 9.

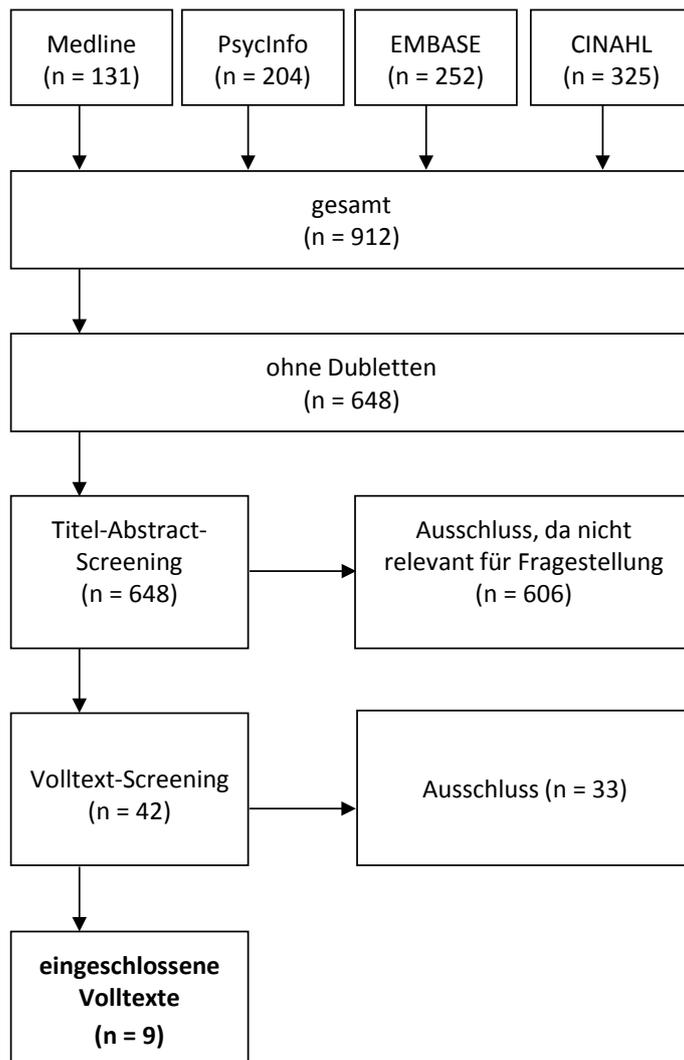


Abbildung 9: Flowchart der Aktualisierung der systematischen Recherche nach qualitativen Studien zur Patientenperspektive in bibliographischen Datenbanken

#### 6.4.1 Eingeschlossene Publikationen der Aktualisierung von qualitativen Studien zur Patientenperspektive

Nach dem VT-Screening der aktualisierten Recherche wurden 9 qualitative Studien zur Patientenperspektive für die Konkretisierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung eingeschlossen:

Cohen, AN; Hamilton, AB; Saks, ER; Glover, DL; Glynn, SM; Brekke, JS; et al. (2016): How Occupationally High-Achieving Individuals With a Diagnosis of Schizophrenia Manage Their Symptoms. *Psychiatric Services*, Epub 15.11.2016: appips201600031. DOI: 10.1176/appi.ps.201600031.

Hasson-Ohayon, I; Lerer, G; Tuval-Mashiach, R; Shamir, E; Roe, D (2016): Having someone waiting for you outside: Transitions from psychiatric hospitalization to the community. *Psychosis* 8(3): 250-259. DOI: 10.1080/17522439.2016.1145731.

- Ljungberg, A; Denhov, A; Topor, A (2016): Non-helpful relationships with professionals – a literature review of the perspective of persons with severe mental illness\*. *Journal of Mental Health* 25(3): 267-277. DOI: 10.3109/09638237.2015.1101427.
- Patel, P; Frederick, T; Kidd, SA (2016): Physical health, community participation and schizophrenia. *Journal of Health Psychology* 13: 13. DOI: 10.1177/1359105316666654.
- Poremski, D; Sagayadevan, VD; Wang, P; Lum, A; Subramaniam, M; Ann, CS (2016): The Impact of Stakeholder Preferences on Service User Adherence to Treatments for Schizophrenia and Metabolic Comorbidities. *PLoS ONE* 11(11): e0166171. DOI: 10.1371/journal.pone.0166171.
- Saavedra, J; López, M; Gonzáles, S; Cubero, R (2016): Does employment promote recovery? Meanings from work experience in people diagnosed with serious mental illness. *Culture, Medicine and Psychiatry* 40(3): 507-532. DOI: 10.1007/s11013-015-9481-4.
- Stovell, D; Wearden, A; Morrison, AP; Hutton, P (2016): Service users' experiences of the treatment decision-making process in psychosis: A phenomenological analysis. *Psychosis* 8(4): 311-323. DOI: 10.1080/17522439.2016.1145730.
- Wade, M; Tai, S; Awenat, Y; Haddock, G (2016): A systematic review of service-user reasons for adherence and nonadherence to neuroleptic medication in psychosis. *Clinical Psychology Review* 51: 75-95. DOI: 10.1016/j.cpr.2016.10.009.
- Walsh, J; Hochbrueckner, R; Corcoran, J; Spence, R (2016): The lived experience of schizophrenia: A systematic review and meta-synthesis. *Social Work in Mental Health* 14(6): 607-624. DOI: 10.1080/15332985.2015.1100153.

#### **6.4.2 Handsuche und erneutes Volltext-Screening der qualitativen Studien zum Qualitätsmodell**

Ergänzend zur Aktualisierung der Recherche in bibliographischen Datenbanken erfolgte eine Handsuche in Referenzlisten der neu identifizierten Publikationen. Folgende 2 qualitativen Studien zur Patientenperspektive wurden über die Handsuche für die Konkretisierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung eingeschlossen:

- Kidd, SA; Frederick, T; Tarasoff, LA; Virdee, G; Lurie, S; Davidson, L; et al. (2016): Locating community among people with schizophrenia living in a diverse urban environment. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 19(2): 103-121. DOI: 10.1080/15487768.2016.1162757.
- Ljungberg, A; Denhov, A; Topor, A (2015): The Art of Helpful Relationships with Professionals: A Meta-ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness. *Psychiatric Quarterly* 86(4): 471-495. DOI: 10.1007/s11126-015-9347-5.

Über das erneute VT-Screening der 40 qualitativen Studien für das Qualitätsmodell wurden 24 Studien für die Konkretisierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung eingeschlossen:

- Andreasson, E; Skärsäter, I (2012): Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: Basis for an action plan. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 19(1): 15-22. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01748.x.
- Beitinger, R; Kissling, W; Hamann, J (2014): Trends and perspectives of shared decision-making in schizophrenia and related disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 27(3): 222-229. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000057.
- Das, AK; Malik, A; Haddad, PM (2014): A qualitative study of the attitudes of patients in an early intervention service towards antipsychotic long-acting injections. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology* 4(5): 179-185. DOI: 10.1177/2045125314542098.
- Farone, DW (2006): Schizophrenia, community integration, and recovery: Implications for social work practice. *Social Work in Mental Health* 4(4): 21-36. DOI: 10.1300/J200v04n04 02.
- Fenton, K; Larkin, M; Boden, ZVR; Thompson, J; Hickman, G; Newton, E (2014): The experiential impact of hospitalisation in early psychosis: service-user accounts of inpatient environments. *Health & Place* 30: 234-241. DOI: 10.1016/j.healthplace.2014.09.013.
- Gioia, D (2006): Examining Work Delay in Young Adults with Schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 9(3): 167-190. DOI: 10.1080/15487760600961543.
- Gunmo, P; Fatouros-Bergman, H (2011): What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being. *International Journal Qualitative Studies Health Well-being* 6(1): 5412. DOI: 10.3402/qhw.v6i1.5412.
- Holding, JC; Gregg, L; Haddock, G (2016): Individuals' experiences and opinions of psychological therapies for psychosis: A narrative synthesis. *Clinical Psychology Review* 43: 142-161. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.10.004.
- Howe, L; Tickle, A; Brown, I (2014): 'Schizophrenia is a dirty word': service users' experiences of receiving a diagnosis of schizophrenia. *Psychiatric Bulletin* 38(4): 154-158. DOI: 10.1192/pb.bp.113.045179.
- Iyer, S; Banks, N; Roy, M-A; Tibbo, P; Williams, R; Manchanda, R; et al. (2013): A qualitative study of experiences with and perceptions regarding long-acting injectable antipsychotics: Part I – patient perspectives. *Canadian Journal of Psychiatry* 58(5 Suppl. 1): 14S-22S.
- Jürgensen, M; Patzelt, C; Meyer, T (2014): „Dass man also frei bleibt, aber immer das Gefühl hat: Da ist diese Haltestange, die ich brauch.“ Integrierte Versorgung aus Sicht von Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung und ihrer Angehörigen. *Psychiatrische Praxis* 41(1): 29-36. DOI: 10.1055/s-0033-1343160.
- Kinter, ET; Schmeding, A; Rudolph, I; dosReis, S; Bridges, JFP (2009): Identifying patient-relevant endpoints among individuals with schizophrenia: An application of patient-centered health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 25(1): 35-41. DOI: 10.1017/S0266462309090059.

- Leutwyler, HC; Fox, PJ; Wallhagen, MI (2013): Medication adherence among older adults with schizophrenia. *Journal of Gerontological Nursing* 39(2): 26-34. DOI: 10.3928/00989134-20130109-02.
- Leutwyler, HC; Wallhagen, MI (2010): Understanding physical health of older adults with schizophrenia: building and eroding trust. *Journal of Gerontological Nursing* 36(5): 38-45. DOI: 10.3928/00989134-20091103-99.
- Liersch-Sumskis, S; Moxham, L; Curtis, J (2015): Choosing to Use Compared to Taking Medication: The Meaning of Medication as Described by People Who Experience Schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care* 51(2): 114-120. DOI: 10.1111/ppc.12072.
- Lozem, GF; Frafjord, JS; Steffensen, M; Wang, CEA (2014): Medication and participation: A qualitative study of patient experiences with antipsychotic drugs. *Nursing Ethics* 21(3): 347-358. DOI: 10.1177/0969733013498528.
- Loughland, C; Cheng, K; Harris, G; Kelly, B; Cohen, M; Sandhu, H; et al. (2015): Communication of a schizophrenia diagnosis: A qualitative study of patients' perspectives. *International Journal of Social Psychiatry* 61(8): 729-734. DOI: 10.1177/0020764015576814.
- Mestdagh, A; Hansen, B (2014): Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 49(1): 79-87. DOI: 10.1007/s00127-013-0729-4.
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011): NICE Clinical Guideline CG136. Service user experience in adult mental health. Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. Appendix 13: Key problems – qualitative analyses matrix for each guideline and healthtalkonline [Appendix]. Review Decision Date: May 2014. London: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/evidence/appendix-13-key-problems-qualitative-analyses-matrix-for-each-guideline-and-healthtalkonline-185085620> (abgerufen am: 16.12.2016).
- Phillips, L; McCann, E (2007): The subjective experiences of people who regularly receive depot neuroleptic medication in the community. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 14(6): 578-586.
- Salyers, MP; Matthias, MS; Sidenbender, S; Green, A (2013): Patient activation in schizophrenia: Insights from stories of illness and recovery. *Administration & Policy in Mental Health* 40(5): 419-427. DOI: 10.1007/s10488-012-0435-7.
- Sweers, K; Dierckx de Casterlé, B; Detraux, J; De Hert, M (2013): End-of-life (care) perspectives and expectations of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 27(5): 246-252. DOI: 10.1016/j.apnu.2013.05.003.
- Topor, A; Di Girolamo, S (2010): "You have to be careful who you talk to and what you say ..." – on psychosis and making rational choices. *Journal of Mental Health* 19(6): 553-561. DOI: 10.3109/09638237.2010.520366.

Tunner, TP; Salzer, MS (2006): Consumer perspectives on quality of care in the treatment of schizophrenia. *Administration & Policy in Mental Health* 33(6): 674-681.

Eine Gesamtübersicht über die Aktualisierung der Recherche und die eingeschlossenen Publikationen zur Patientenperspektive für die Konkretisierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung bietet Abbildung 10.

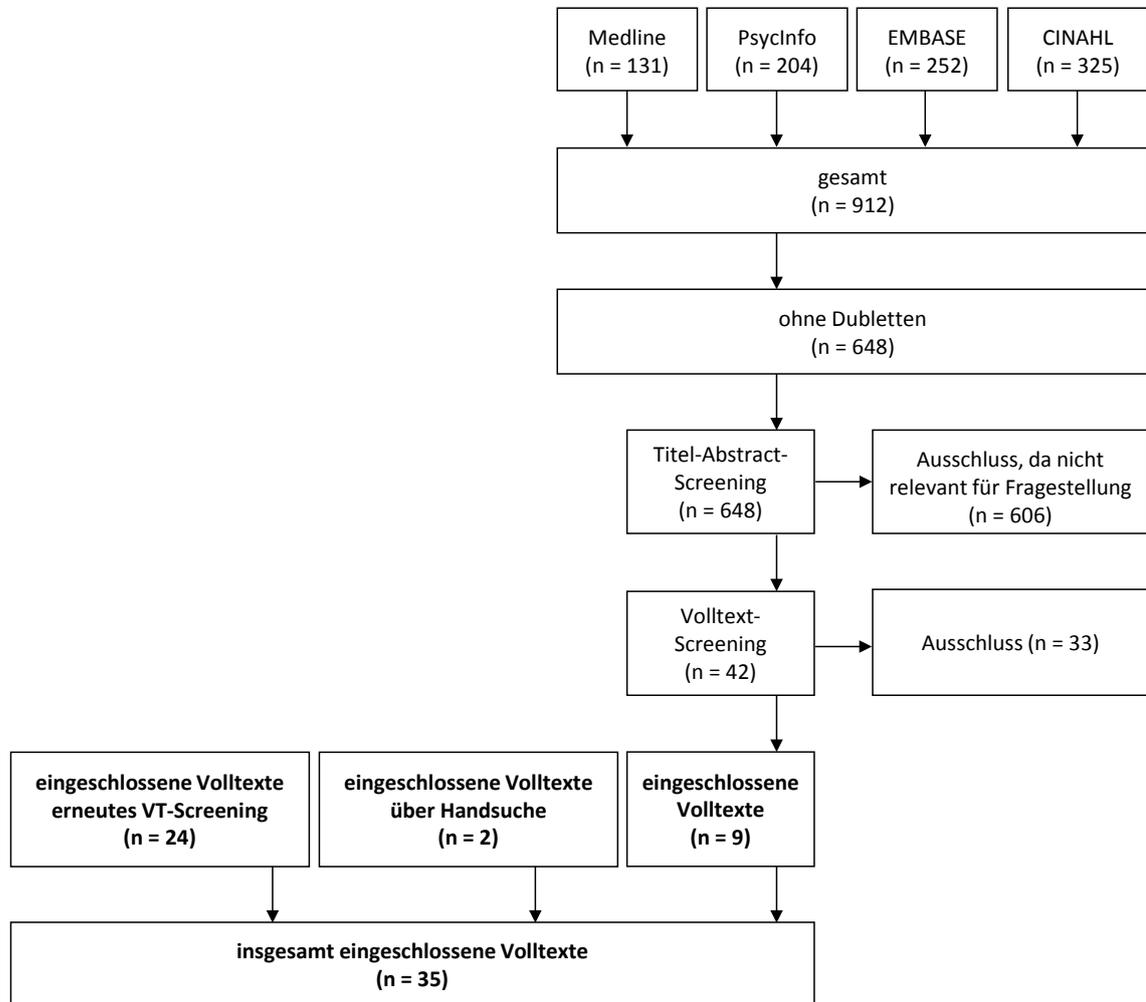


Abbildung 10: Flowchart der gesamten aktualisierten Recherche zur Patientenperspektive

## 7 Informationsbeschaffung – Fragebögen

### 7.1 Recherche nach gängigen Fragebögen

Um gängige Fragebögen zu identifizieren und zu bewerten, wurden vom 29. September bis zum 28. November 2016 spezifische Fragebogen-Datenbanken bzw. gezielte Abfragen auf Webseiten, auf denen Fragebögen gelistet sind, durchgeführt. Zudem wurde vom 3. Mai bis zum 22. Mai 2017 eine Handsuche nach Fragebögen im Bereich der gesellschaftlichen Teilhabe durchgeführt.

Folgende Datenbanken wurden nach spezifischen Fragebögen durchsucht:

- PROQOLID – Patient-Reported and Quality of Life Instruments Database
- PROM – Bibliography Patient Reported Outcomes Measurement Group
- PROMIS – Patient-Reported Outcomes Measurement Information System
- IN-CAM – Canadian Interdisciplinary Network for Complementary and Alternative Medicine Research
- ZPID – Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation – Elektronisches Testarchiv
- PaP – Patient als Partner

Dabei wurden, wenn möglich, folgende Suchbegriffe zum Krankheitsbild in die websitespezifischen Suchfelder eingegeben: schizo\*, psychosis, mental\*

Bei Anbietern, bei denen keine Schlagwort- bzw. Freitextsuche möglich war, wurde in der Regel die gesamte Liste der veröffentlichten Fragebögen durchgesehen.

Bei der Recherche zeigte sich, dass die Website der PROM Bibliography nicht mehr verfügbar war.

Zusätzlich erfolgte eine umfangreiche Handsuche. Dabei wurde zum einen über die Deutsche Nationalbibliothek nach online zugänglichen Dissertationen bzw. Hochschulschriften gesucht, die Fragebögen entwickelt, validiert oder eingesetzt haben. Folgende Suchbegriffe wurden dabei verwendet: schizo\*, Psychose, psychosis, mental, patient reported. Zum Teil wurden diese mit den Begriffen: Fragebogen, Skala, questionnaire\* bzw. scale\* kombiniert.

Zum anderen wurden Bücher und systematische Reviews bzw. Übersichtsartikel durchsucht, die sich mit der Outcome-Messung bzw. der Beurteilung und Bewertung der Therapien von volljährigen Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen und speziell mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen befassen.

Weiterhin erfolgte für den Qualitätsaspekt „Teilhabe“ eine zusätzliche Handsuche nach gängigen Fragebögen. Hierfür wurden zum einen Bücher, systematische Reviews bzw. Überblicksartikel durchsucht, die sich mit der Messung der Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen befassen. Zum anderen wurden für die Suche in PubMed und über Google Scholar folgende Suchbegriffe verwendet: Teilhabe, Partizipation, Inklusion, participation, inclusion, Schizophrenie, schizo\*, Psychose, mental health, social inclusion.

Alle gefundenen, zum Thema passenden Dokumente wurden jeweils nach relevanten Fragebögen durchsucht. Sofern nötig, wurden für die, zum Teil nur genannten Fragebögen die bibliographischen Referenzen bzw. entsprechende Validierungsstudien recherchiert.

Tabelle 24 liefert einen Überblick über die Einschlusskriterien, die beim Titel-/Abstract- und Volltext-Screening für die Fragebögen berücksichtigt wurden. Dieses Screening erfolgte durch zwei Personen unabhängig voneinander. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert, mit dem Ziel, eine Einigung herbeizuführen.

Tabelle 24: Einschlusskriterien für Fragebögen

	<b>Einschluss</b>
E70	Der Fragebogen adressiert die Erkrankungen nach ICD-10-GM F20.-F29. oder Das Messinstrument ist ein generisches Messinstrument zur Erfassung von Mental Health Outcome von Patientinnen und Patienten mit Severe Mental Illness im Qualitätssicherungssetting
E71	Der Fragebogen adressiert folgende Themen als Patient Reported Outcomes oder Patient Reported Experiences: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ gesundheitsbezogene Lebensqualität</li> <li>▪ Integration in den Arbeitsmarkt</li> <li>▪ Teilhabe</li> <li>▪ Recovery</li> <li>▪ Kontinuität, Koordination und Kooperation der Versorgung/Behandlung</li> <li>▪ Entlassung</li> <li>▪ Empowerment</li> <li>▪ partizipative Entscheidungsfindung</li> <li>▪ Beteiligung an Entscheidungen</li> <li>▪ Information und Aufklärung</li> <li>▪ Kommunikation und Interaktion mit der Patientin / dem Patienten</li> <li>▪ Stigmatisierung durch Gesundheitsprofessionen</li> <li>▪ Adhärenz und Compliance</li> <li>▪ Nebenwirkungen</li> <li>▪ Psychoedukation</li> <li>▪ restriktive Maßnahmen</li> <li>▪ Versorgungsqualität</li> <li>▪ Prozessqualität</li> </ul>
E72	Der Fragebogen adressiert die Versorgung in Deutschland oder einem anderen Land aus der WHO Strata A.
E73	Der Fragebogen ist zur Befragung von Patientinnen und Patienten als selbstauszufüllendes Instrument konzipiert.

	Einschluss
E74	Der Fragebogen richtet sich an Personen, die 18 Jahre und älter sind.
E75	Es handelt sich um einen Fragebogen oder ein Item(set) zu Patient-Reported Outcomes oder Patient-Reported Experiences/ ereignisorientierte Messung.
E76	Der Fragebogen ist validiert.
E77	Der Fragebogen und die zugehörigen Validierungsstudien liegen auf Deutsch oder Englisch vor.
E78	Der Fragebogen ist lizenzfrei. Ein finaler Ausschluss erfolgt erst in der Volltextbegutachtung.

Eine Übersicht über die Recherche nach gängigen Fragebögen in Datenbanken und über die Handsuche (inkl. Handsuche zu Fragebögen für den Qualitätsaspekt „Teilhabe“) und die eingeschlossenen Fragebögen gibt Abbildung 11.

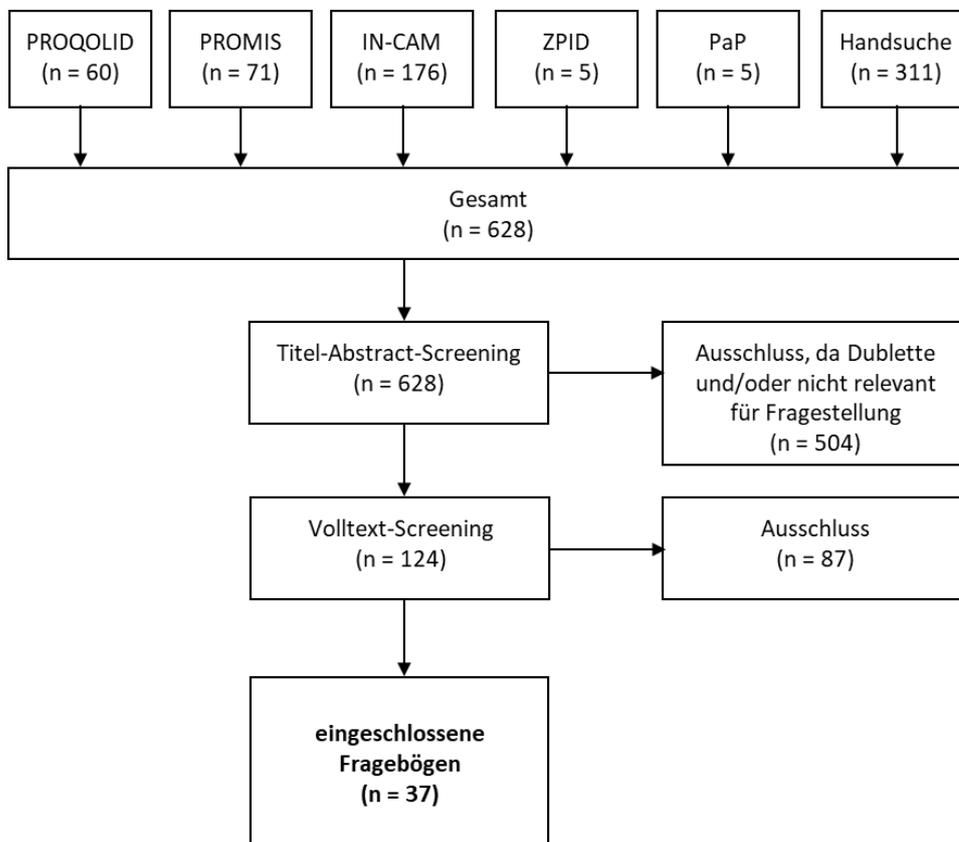


Abbildung 11: Flowchart der Recherche nach Fragebögen

## 7.2 Eingeschlossene Fragebögen

Nach dem VT-Screening wurden 37 Fragebögen eingeschlossen:

Tabelle 25: Liste der eingeschlossenen Fragebögen

Fragebogen	Referenz des Fragebogens bzw. der Validierungsstudie	Akronym
Approaches to Schizophrenia Communication-Self-Report	Dassori et al. (2003), Dott et al. (2001)	ASC-SR
Consumer Evaluation of Mental Health Services	Oades et al. (2011)	CEO-MHS
Drug Attitude Inventory	Hogan et al. (1983)	DAI-10 / DAI-30
Outcome Questionnaire-OQ-45.2	Haug et al. (2004), Lambert et al. (1996), Lambert et al. (2002), Puschner et al. (2016)	OQ-45.2
Empowerment in patients with affective and schizophrenic disorders	Kilian et al. ([kein Datum]), Stierlin et al. (2014)	EPAS
Fragebogen zur Erfassung von Partizipation und sozialer Inklusion chronisch psychisch erkrankter Menschen	Schützwahl (2017), Schützwahl et al. (2017)	F-INK
ICF-konformer Fragebogen für die Selbstbeurteilung von Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen	Ranft et al. (2011), Nosper (2008)	ICF AT 50-Psych / ICF AT 50-Psych Kurzform
ICF-Selbsteinschätzungsinstrument zur Erfassung von Aktivitäten und Partizipation bei Patienten mit psychischen Störungen	Brütt et al. (2015)	ICF-PsychA&P
Independent Living Skills Survey-Self-Reported Version	Wallace (1986), Wallace et al. (2000)	ILSS-SR
Index zur Messung der Einschränkungen der Teilhabe	Deck et al. (2007b), Deck et al. (2006), Deck et al. (2007a)	IMET
Knowledge About Schizophrenia Questionnaire	Ascher-Svanum (1999)	KASQ
Life Functioning Questionnaire	Altshuler et al. (2002)	LFQ
Medication Adherence Report Scale	Mahler et al. (2008), Thompson et al. (2000)	MARS
Modulares System zur Lebensqualität	Pukrop et al. (1999)	MSLQ

Fragebogen	Referenz des Fragebogens bzw. der Validierungsstudie	Akronym
Multidimensionale Sozialkontaktkreis	Linden (2014), Linden et al. (2007)	MuSK-S
National Health Service – Community Mental Health Survey (Service Users Questionnaire)	NHS et al. (2014), Picker Institute Europe (2013), Picker Institute Europe (2014), Picker Institute Europe (2017)	NHS-Com
National Health Service – Mental Health Acute Inpatient Service Users Survey Questionnaire	CQC/NatCen (2009), NatCen (2006), NatCen (2007), NHS (2009)	NHS-In
National Association of State Mental Health Program Directors Research Institute / Mental Health Statistics Improvement Program	Ortiz und Schacht (2012)	NRI / MHSIP
Fragebogen zur Partizipativen Entscheidungsfindung (revidierte 9-Item-Fassung)	Härter et al. (2010), Scholl et al. (2011)	PEF-FB-9
Progress Evaluation Scales	Ihilevich et al. (1981)	PES
Personal evaluation of transitions in treatment	Voruganti und Awad (2000)	PETiT
Psychosocial Functioning Inventory	Feragne et al. (1983)	PFI
Psychosis Recovery Inventory	Chen et al. (2005)	PRI
Patient-Reported Outcomes Measurement Information System – Self-Efficacy for Managing Social Interactions	Gruber-Baldini et al. (2017), NIH (2015), NIH (2016)	PROMIS Item Bank v1.0 – Self-Efficacy for Managing Social Interactions
Basis Dokumentation (Version 4.12)	von Heymann und Tritt (2014)	Psy-BaDo-PTM
Quality of Life Index for Mental Health	Becker et al. (1993)	QLI-MH
Quality of Life Measure for Persons With Schizophrenia	Laliberte-Rudman et al. (2004), Laliberte-Rudman et al. (2000)	QOLM-S
Recovery Assessment Scale	Corrigan et al. (1999), Corrigan et al. (2004), McNaught et al. (2007)	RAS
Rome Opinion Questionnaire for Psychiatric Wards	Gigantesco et al. (2003)	ROQ-PW
Recovery Self-Assessment	Barbic et al. (2015), O’Connell et al. (2005), Rosenberg et al.	RSA

Fragebogen	Referenz des Fragebogens bzw. der Validierungsstudie	Akronym
	(2015), Salyers et al. (2007), Zuaboni et al. (2015)	
Social Functioning Scale (individual version)	Birchwood et al. (1990)	SFS2
Schizophrenia Quality of Life Scale	Wilkinson et al. (2000)	SQLS
Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4	Isjanovski et al. (2016), Martin und Allan (2007)	SQLS-R4
Schizophrenia – quality of life	Auquier et al. (2003)	S-QoL
Subjects' Response to Antipsychotics	Wolters et al. (2003), Wolters et al. (2006)	SRA
UKU (Udvalg for Kliniske Undersøgelser) Side Effect Rating Scale – self-rating version	Lindström et al. (2001)	UKU-SERS-Pat
WHO Disability Assessment Schedule	Üstün et al. (2010)	WHODAS 2.0

## Literatur

- Altshuler, L; Mintz, J; Leight, K (2002): The Life Functioning Questionnaire (LFQ): a brief, gender-neutral scale assessing functional outcome. *Psychiatry Research* 112(2): 161-182. DOI: 10.1016/S0165-1781(02)00180-4.
- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [Abschlussbericht]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: [https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua\\_de/Projekte/452\\_Schizophrenie/Schizophrenie\\_Abschlussbericht.pdf](https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf) (abgerufen am: 18.09.2017).
- Ascher-Svanum, H (1999): Development and Validation of a Measure of Patients' Knowledge About Schizophrenia. *Psychiatric Services* 50(4): 561-563. DOI: 10.1176/ps.50.4.561.
- Auquier, P; Simeoni, MC; Sapin, C; Reine, G; Aghababian, V; Cramer, J; et al. (2003): Development and validation of a patient-based health-related quality of life questionnaire in schizophrenia: the S-QoL. *Schizophrenia Research* 63(1-2): 137-149. DOI: 10.1016/S0920-9964(02)00355-9.
- Barbic, SP; Kidd, SA; Davidson, L; McKenzie, K; O'Connell, MJ (2015): Validation of the Brief Version of the Recovery Self-Assessment (RSA-B) Using Rasch Measurement Theory. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 38(4): 349-358. DOI: 10.1037/prj0000139.
- Becker, M; Diamond, R; Sainfort, F (1993): A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Quality of Life Research* 2(4): 239-251. DOI: 10.1007/bf00434796.
- Birchwood, M; Smith, J; Cochrane, R; Wetton, S; Copestake, S (1990): The Social Functioning Scale. The Development and Validation of a New Scale of Social Adjustment for use in Family Intervention Programmes with Schizophrenic Patients. *British Journal of Psychiatry* 157(6): 853-859. DOI: 10.1192/bjp.157.6.853.
- Brouwers, MC; Kho, ME; Browman, GP; Burgers, JS; Cluzeau, F; Feder, G; et al. (2013): Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. AGREE II. Instrument. Deutsche Version: 2014. AGREE Next Steps Consortium. URL: [http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE\\_II\\_German-Version.pdf](http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE_II_German-Version.pdf) (abgerufen am: 12.14.2016).
- Brütt, AL; Schulz, H; Andreas, S (2015): Replikation der psychometrischen Gütekriterien des ICF-PsychA&P. *Rehabilitation* 54(1): 38-44. DOI: 10.1055/s-0034-1384600.
- Chen, EY; Tam, DK; Wong, JW; Law, CW; Chiu, CP (2005): Self-administered instrument to measure the patient's experience of recovery after first-episode psychosis: development and validation of the Psychosis Recovery Inventory. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 39(6): 493-439. DOI: 10.1111/j.1440-1614.2005.01609.x.

- Corrigan, PW; Giffort, D; Rashid, F; Leary, M; Okeke, I (1999): Recovery as a Psychological Construct. *Community Mental Health Journal* 35(3): 231-239. DOI: 10.1023/a:1018741302682.
- Corrigan, PW; Salzer, M; Ralph, RO; Sangster, Y; Keck, L (2004): Examining the Factor Structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin* 30(4): 1035-1041. DOI: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007118.
- CQC [Care Quality Commission]; NatCen [National Centre for Social Research] (2009): Mental health acute inpatient service users survey 2009 [*Patient survey report*]. Newcastle upon Tyne [u. a.]: CQC [u. a.]. URL: [http://www.nhssurveys.org/Filestore/documents/MH09\\_RTQ.pdf](http://www.nhssurveys.org/Filestore/documents/MH09_RTQ.pdf) (abgerufen am: 24.07.2017).
- Dassori, AM; Miller, AL; Weiden, PJ (2003): The Approaches to Schizophrenia Communication (ASC) Tool. Including the Patient Perspective in Treatment. *Disease Management & Health Outcomes* 11(11): 699-708. DOI: 10.2165/00115677-200311110-00002.
- Deck, R; Borowski, C; Mittag, O; Hüppe, A; Raspe, H (2006): IMET (Index zur Messung der Einschränkungen der Teilhabe) – Erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessmentinstruments [*Poster 7 - 19*]. 15. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. 13.-15.03.2006. Bayreuth. URL: [http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband\\_15\\_reha-kolloqu.pdf](http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_15_reha-kolloqu.pdf) (abgerufen am: 06.06.2017).
- Deck, R; Mittag, O; Hüppe, A; Muche-Borowski, C; Raspe, H; Hrsg. (2007a): IMET – Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe [*Fragebogen*]. Trier: ZPID [Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation]. URL: [https://www.zpid.de/pub/tests/PT\\_9005870\\_IMET\\_Fragebogen.pdf](https://www.zpid.de/pub/tests/PT_9005870_IMET_Fragebogen.pdf) (abgerufen am: 21.11.2017).
- Deck, R; Mittag, O; Hüppe, A; Muche-Borowski, C; Raspe, H (2007b): Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET) – Erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessmentinstruments. *Praxis – Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 76(2): 113-120.
- Dott, SG; Weiden, P; Hopwood, P; Awad, AG; Hellewell, JS; Knesevich, J; et al. (2001): An Innovative Approach to Clinical Communication in Schizophrenia: The Approaches to Schizophrenia Communication Checklists. *CNS Spectrums* 6(4): 333-338. DOI: 10.1017/S1092852900022045.
- Feragne, MA; Longabaugh, R; Stevenson, JF (1983): The Psychosocial Functioning Inventory. *Evaluation & the Health Professions* 6(1): 25-48. DOI: 10.1177/016327878300600102.
- Gigantesco, A; Morosini, R; Bazzoni, A (2003): Quality of psychiatric care: validation of an instrument for measuring inpatient opinion. *International Journal for Quality in Health Care* 15(1): 73-78. DOI: 10.1093/intqhc/15.1.73.
- Gruber-Baldini, AL; Velozo, C; Romero, S; Shulman, LM (2017): Validation of the PROMIS® measures of self-efficacy for managing chronic conditions. *Quality of Life Research* 26(7): 1915-1924. DOI: 10.1007/s11136-017-1527-3.

- Härter, M; Dirmaier, J; Scholl, I; Kriston, L; Pahlke, S; Röttger, S; et al. (2010): Abschlussbericht zum Projekt „Validierung und Normierung des Fragebogens zur Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF-FB) bei chronischen Erkrankungen“. Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg – Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie. DOI: 10.2314/GBV:683341022.
- Haug, S; Puschner, B; Lambert, MJ; Kordy, H (2004): Veränderungsmessung in der Psychotherapie mit dem Ergebnisfragebogen (EB-45). *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 25(3): 141-151. DOI: 10.1024/0170-1789.25.3.141.
- Hogan, TP; Awad, AG; Eastwood, R (1983): A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychological Medicine* 13(1): 177-183. DOI: 10.1017/S0033291700050182.
- Ihilevich, D; Gleser, GC; Gritter, GW; Kroman, LJ; Watson, AS (1981): Measuring Program Outcome. The Progress Evaluation Scales. *Evaluation Review* 5(4): 451-477. DOI: 10.1177/0193841X8100500402.
- Isjanovski, V; Naumovska, A; Bonevski, D; Novotni, A (2016): Validation of the Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4 (SQLS-R4) Among Patients with Schizophrenia. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences* 4(1): 65-69. DOI: 10.3889/oamjms.2016.015.
- Kilian, R; Becker, T; Schleuning, G; Welschehold, M; Hertle, C; Hörand, S; et al. ([kein Datum]): Die Entwicklung eines standardisierten Verfahrens zur Messung von Empowerment im Prozess der psychiatrischen Behandlung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen [Abschlussbericht]. Förderkennz. 01GX0743. URL: [http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/abschlussbericht\\_01gx0743.pdf](http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/abschlussbericht_01gx0743.pdf) (abgerufen am: 21.11.2017).
- Laliberte-Rudman, D; Yu, B; Scott, E; Pajouhandeh, P (2000): Exploration of the Perspectives of Persons With Schizophrenia Regarding Quality of Life. *AJOT – American Journal of Occupational Therapy* 54(2): 137-147. DOI: 10.5014/ajot.54.2.137.
- Laliberte-Rudman, D; Hoffman, L; Scott, E; Renwick, R (2004): Quality of Life for Individuals With Schizophrenia: Validating an Assessment That Addresses Client Concerns and Occupational Issues. *OTJR – Occupation, Participation and Health* 24(1): 13-21. DOI: 10.1177/153944920402400103.
- Lambert, MJ; Burlingame, GM; Umphress, V; Hansen, NB; Vermeersch, DA; Clouse, GC; et al. (1996): The Reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 3(4): 249-258. DOI: 10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S.
- Lambert, MJ; Hannover, W; Nisslmüller, K; Richard, M; Kordy, H (2002): Fragebogen zum Ergebnis von Psychotherapie. Zur Reliabilität und Validität der deutschen Übersetzung des Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 31(1): 40-47. DOI: 10.1026/0084-5345.31.1.40.

- Linden, M; Lischka, A-M; Popien, C; Golombek, J (2007): Der multidimensionale Sozialkontakt Kreis (MuSK) – ein Interviewverfahren zur Erfassung des sozialen Netzes in der klinischen Praxis. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 16(3): 135-143.
- Linden, M (2014): Die Erfassung der „Umweltfaktoren Unterstützung und Beziehungen“ sowie der „Teilhabe an Interpersonellen Interaktionen und Beziehungen“ gemäß der ICF unter Einsatz des MuSK. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 24(5): 249-255. DOI: 10.1055/s-0034-1390439.
- Lindström, E; Lewander, T; Malm, U; Malt, UF; Lublin, H; Ahlfors, UG (2001): Patient-rated versus clinician-rated side effects of drug treatment in schizophrenia. Clinical validation of a self-rating version of the UKU Side Effect Rating Scale (UKU-SERS-Pat). *Nordic Journal of Psychiatry* 55(Suppl. 44): 5-69. DOI: 10.1080/080394801317084428.
- Mahler, C; Hermann, K; Horne, R; Ludt, S; Haefeli, WE; Szecsenyi, J; et al. (2008): Assessing reported adherence to pharmacological treatment recommendations. Translation and evaluation of the Medication Adherence Report Scale (MARS) in Germany. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 16(3): 574-579. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2009.01169.x.
- Martin, CR; Allan, R (2007): Factor structure of the Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4 (SQLS-R4). *Psychology, Health & Medicine* 12(2): 126-134. DOI: 10.1080/13548500500407383.
- McNaught, M; Caputi, P; Oades, LG; Deane, FP (2007): Testing the validity of the Recovery Assessment Scale using an Australian sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 41(5): 450-457. DOI: 10.1080/00048670701264792.
- NatCen [National Centre for Social Research] (2006): Mental Health Inpatients Survey. Expert and Patient Consultation. Summary Report. [Stand:] Mai 2006. London: NatCen. URL: <http://www.nhssurveys.org/survey/936> [Download] (abgerufen am: 19.07.2017).
- NatCen [National Centre for Social Research] (2007): Mental Health Inpatients Survey. Feasibility Study Report. [Stand:] April 2007. London: NatCen. URL: <http://www.nhssurveys.org/survey/935> [Download] (abgerufen am: 19.07.2017).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2015): NICE Guideline NG10. Violence and Aggression. Short-term management in mental health, health and community settings [*Full Guideline*]. Updated Edition. Leicester [u. a.]: [BPS] British Psychological Society [u. a.]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/evidence/full-guideline-pdf-70830253> (abgerufen am: 20.12.2017).
- NHS [National Health Service] (2009): Mental Health Acute Inpatient Service Users Survey Questionnaire. London: NHS. URL: <http://www.nhssurveys.org/survey/982> [Download] (abgerufen am: 19.07.2017).
- NHS [National Health Service]; Picker Institute Europe; Care Quality Commission (2014): Service User Questionnaire. Oxford [u. a.]: NHS [u. a.]. URL: [http://nhssurveys.org/Filestore/MH17/MH17\\_Questionnaire\\_V1.0.pdf](http://nhssurveys.org/Filestore/MH17/MH17_Questionnaire_V1.0.pdf) (abgerufen am: 18.07.2017).

- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2011a): NICE Clinical Guideline CG120. Treatment and support for people with psychosis who use drugs and/or alcohol [*Information for the public*]. [Stand:] 01.03.2011. Manchester: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg120/resources/treatment-and-support-for-people-with-psychosis-who-use-drugs-and-or-alcohol-235288961989> (abgerufen am: 10.03.2017).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2011b): NICE Clinical Guideline CG133. Longer-term care and treatment of self-harm [*Information for the public*]. [Stand:] 01.11.2011. Manchester: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg133/resources/longerterm-care-and-treatment-of-selfharm-239629089733> (abgerufen am: 10.03.2017).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2011c): NICE Clinical Guideline CG136. Improving your experience of mental health services in the NHS [*Information for the public*]. [Stand:] 01.12.2011. Manchester: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/resources/improving-your-experience-of-mental-health-services-in-the-nhs-239823925189> (abgerufen am: 13.03.2017).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2014): NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults [*Information for the public*]. [Stand:] 01.02.2014. Manchester: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/resources/psychosis-and-schizophrenia-in-adults-248578083781> (abgerufen am: 20.08.2018).
- NIH [National Institutes of Health] (2015): Self-Efficacy for Managing Chronic Conditions. A Brief Guide to the PROMIS Self-Efficacy Instruments [*Manual*]. [Stand:] 08.11.2015. Bethesda, US-MD: NIH. URL: [http://www.healthmeasures.net/images/promis/manuals/PROMIS\\_Self\\_Efficacy\\_Scoring\\_Manual.pdf](http://www.healthmeasures.net/images/promis/manuals/PROMIS_Self_Efficacy_Scoring_Manual.pdf) (abgerufen am: 17.02.2017).
- NIH [National Institutes of Health] (2016): Self-Efficacy for Managing Social Interactions [*Fragebogen*]. Last Updated: 05.08.2016. Bethesda, US-MD: NIH. URL: [http://www.healthmeasures.net/administrator/components/com\\_instruments/uploads/PROMIS%20Bank%20v1.0%20-%20Self-Effic-ManagSocial%20Int\\_8-5-2016.pdf](http://www.healthmeasures.net/administrator/components/com_instruments/uploads/PROMIS%20Bank%20v1.0%20-%20Self-Effic-ManagSocial%20Int_8-5-2016.pdf) (abgerufen am: 23.11.2017).
- Nosper, M (2008): ICF AT-50 Psych. Entwicklung eines ICF-konformen Fragebogens für die Selbstbeurteilung von Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen. 17. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium. 03-05.03.2008. Bayreuth. URL: [http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband\\_17\\_reha\\_kolloqu.pdf](http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_17_reha_kolloqu.pdf) (abgerufen am: 06.06.2017).
- O'Connell, M; Tondora, J; Croog, G; Evans, A; Davidson, L (2005): From Rhetoric to Routine: Assessing Perceptions of Recovery-Oriented Practices in a State Mental Health and Addiction System. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 28(4): 378-386. DOI: 10.2975/28.2005.378.386.

- Oades, LG; Law, J; Marshall, SL (2011): Development of a consumer constructed scale to evaluate mental health service provision. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 17(6): 1102-1107. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2010.01474.x.
- Ortiz, G; Schacht, L (2012): Psychometric Evaluation of an Inpatient Consumer Survey Measuring Satisfaction with Psychiatric Care. *Patient* 5(3): 163-173. DOI: 10.2165/11630940-000000000-00000.
- Picker Institute Europe (2013): Sampling Handbook for the NHS Community Mental Health Service Users. Survey 2013. Version 3. Last Updated: 17.02.2013. Oxford: Picker Institute Europe. URL: [http://www.nhssurveys.org/Filestore/MH13/MH13\\_Sampling\\_guidance\\_v3.pdf](http://www.nhssurveys.org/Filestore/MH13/MH13_Sampling_guidance_v3.pdf) (abgerufen am: 24.07.2017).
- Picker Institute Europe (2014): Redevelopment of the Community Mental Health Service Users Survey. Last Updated: 05.02.2014. Oxford: Picker Institute Europe. URL: [http://www.nhssurveys.org/Filestore/MH14/MH14\\_Development\\_report\\_v3.pdf](http://www.nhssurveys.org/Filestore/MH14/MH14_Development_report_v3.pdf) (abgerufen am: 18.07.2017).
- Picker Institute Europe (2017): Development Report for the Community Mental Health Survey 2017. Last Updated: 08.02.2017. Oxford: Picker Institute Europe. URL: [http://www.nhssurveys.org/Filestore/MH17/MH17\\_Survey%20Development%20report\\_V1.0.pdf](http://www.nhssurveys.org/Filestore/MH17/MH17_Survey%20Development%20report_V1.0.pdf) (abgerufen am: 24.07.2017).
- Pukrop, R; Möller, H-J; Saß, H; Sauer, H; Klosterkötter, J; Czernik, A; et al. (1999): Das Konstrukt Lebensqualität. Metaanalytische Validierung und die Entwicklung eines modularen Erhebungssystems. *Nervenarzt* 70(1): 41-53. DOI: 10.1007/s001150050399.
- Puschner, B; Cosh, S; Becker, T (2016): Patient-Rated Outcome Assessment With the German Version of the Outcome Questionnaire 45 in People With Severe Mental Illness. *European Journal of Psychological Assessment* 32(4): 273-282. DOI: 10.1027/1015-5759/a000254.
- Ranft, J; Nosper, M; Rüddel, H (2011): Das Aktivitäten- und Teilhabekonzept der ICF in der Rehabilitationsdiagnostik: Kurzform des ICF AT 50-Psych [Poster]. *DRV-Schriften* 93: 105-106.
- Rosenberg, D; Svedberg, P; Schön, U-K (2015): Establishing a Recovery Orientation in Mental Health Services: Evaluating the Recovery Self-Assessment (RSA) in a Swedish Context. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 38(4): 328-335. DOI: 10.1037/prj0000150
- Salyers, MP; Tsai, J; Stultz, TA (2007): Measuring Recovery Orientation in a Hospital Setting. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 31(2): 131-137.
- Scholl, I; Hölzel, L; Härter, M; Dierks, M-L; Bitzer, E-M; Kriston, L (2011): Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Schwerpunkt Patientenbeteiligung (ZAPA). *Klinische Diagnostik und Evaluation* 4(1E): 50-62.
- Schützwohl, M (2017): Determinanten sozialer Partizipation und sozialer Inklusion chronisch psychisch erkrankter Menschen. *Neuropsychiatrie* 31(1): 8-16. DOI: 10.1007/s40211-016-0211-0.

- Schützwohl, M; Souza, PML; Rackel, Y (2017): Fragebogen zur Erfassung von Partizipation und sozialer Inklusion chronisch psychisch erkrankter Menschen (F-INK). Entwicklung und Untersuchung teststatistischer Gütekriterien. *Psychiatrische Praxis* 44(2): 65-74. DOI: 10.1055/s-0042-102320.
- SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2015): SIGN National Clinical Guideline 131. Managing schizophrenia. A booklet for patients, carers and their families. Large Print Edition. [Stand:] October 2015. Edinburgh: SIGN. ISBN: 978 1 909103 02 3. URL: <http://www.sign.ac.uk/pdf/pat131.pdf> (abgerufen am: 13.03.2017).
- Stierlin, AS; Herder, K; Helmbrecht, MJ; Prinz, S; Walendzik, J; Holzmann, M; et al. (2014): Effectiveness and efficiency of integrated mental health care programmes in Germany: study protocol of an observational controlled trial. *BMC: Psychiatry* 14: 163. DOI: 10.1186/1471-244X-14-163.
- Thompson, K; Kulkarni, J; Sergejew, AA (2000): Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research* 42(3): 241-247. DOI: 10.1016/S0920-9964(99)00130-9.
- Üstün, TB; Kostanjsek, N; Chatterji, S; Rehm, J (2010): Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Genf: WHO Press. ISBN: 978 92 4 154759 8. URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43974/1/9789241547598\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43974/1/9789241547598_eng.pdf?ua=1&ua=1) (abgerufen am: 24.07.2017).
- UTHealth [University of Texas, Health Science Center at Houston] (2016a): Search Filters for Various Databases: Ebsco CINAHL. Last Updated: 15.09.2016. Houston, US-TX: UTHealth. URL: [http://libguides.sph.uth.tmc.edu/search\\_filters/cinahl\\_filters](http://libguides.sph.uth.tmc.edu/search_filters/cinahl_filters) (abgerufen am: 24.11.2016).
- UTHealth [University of Texas, Health Science Center at Houston] (2016b): Search Filters for Various Databases: Ovid Medline. Last Updated: 15.09.2016. Houston, US-TX: UTHealth. URL: [http://libguides.sph.uth.tmc.edu/search\\_filters/ovid\\_medline\\_filters](http://libguides.sph.uth.tmc.edu/search_filters/ovid_medline_filters) (abgerufen am: 24.11.2016).
- UTHealth [University of Texas, Health Science Center at Houston] (2016c): Search Filters for Various Databases: Ovid PsycINFO. Last Updated: 15.09.2016. Houston, US-TX: UTHealth. URL: [http://libguides.sph.uth.tmc.edu/search\\_filters/ovid\\_psycinfo\\_filters](http://libguides.sph.uth.tmc.edu/search_filters/ovid_psycinfo_filters) (abgerufen am: 24.11.2016).
- von Heymann, F; Tritt, K (2014): Psy-BaDo-PTM. Glossar. Version 4.12. Stand: 31.01.2014. München: IQP [Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik]. URL: [http://iqp-online.de/index.php?mact=Uploads,m43395,getfile,1&m43395upload\\_id=1&m43395returnid=65&page=65](http://iqp-online.de/index.php?mact=Uploads,m43395,getfile,1&m43395upload_id=1&m43395returnid=65&page=65) (abgerufen am: 16.01.2017).
- Voruganti, LN; Awad, AG (2000): Personal evaluation of transitions in treatment (PETiT): a scale to measure subjective aspects of antipsychotic drug therapy in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 56(1-2): 37-46. DOI: 10.1016/S0920-9964(01)00161-X.

- Wallace, CJ (1986): Functional Assessment in Rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin* 12(4): 604-630. DOI: 10.1093/schbul/12.4.604.
- Wallace, CJ; Liberman, RP; Tauber, R; Wallace, J (2000): The Independent Living Skills Survey: A Comprehensive Measure of the Community Functioning of Severely and Persistently Mentally Ill Individuals. *Schizophrenia Bulletin* 26(3): 631-558. DOI: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033483
- WHO [World Health Organization] (2003): The World Health Report 2003. Shaping the Future. Geneva: WHO. ISBN: 92 4 156243 9. URL: [http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf) (abgerufen am: 14.12.2016).
- Wilkinson, G; Hesdon, B; Wild, D; Cookson, R; Farina, C; Sharma, V; et al. (2000): Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: the SQLS. *British Journal of Psychiatry* 177(1): 42-46. DOI: 10.1192/bjp.177.1.42
- Wolters, HA; Knegtering, R; Wiersma, D; van den Bosch, RJ (2003): The spectrum of subjective effects of antipsychotic medication. *Acta Neuropsychiatrica* 15(5): 274-279. DOI: 10.1034/j.1601-5215.2003.00038.x.
- Wolters, HA; Knegtering, R; Wiersma, D; van den Bosch, RJ (2006): Evaluation of the Subjects' Response to Antipsychotics Questionnaire. *International Clinical Psychopharmacology* 21(1): 63-69.
- Zuaboni, G; Kieser, LD; Kozel, B; Glavanovits, K; Utschakowski, J; Behrens, J (2015): Recovery Self Assessment – Übersetzung und kulturelle Anpassung eines recovery-orientierten Einschätzungsinstrumentes. *Pflege* 28(4): 233-243. DOI: 10.1024/1012-5302/a000436.

## Anhang B.2: Überblick über eingeschlossene Leitlinien, Pflegestandards und HTAs sowie die eingeschlossenen Studien

### Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien und Pflegestandards

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele und Themen der Leitlinie / des Pflegestandards	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten	Methodik der Erstellung
Barnes und BAP (2011) BAP 2011	British Association for Psychopharmacology, Großbritannien	Evidence Based Guidelines for the Pharmacological Treatment of Schizophrenia: Recommendations from the British Association for Psychopharmacology	Die Leitlinie soll die Einbindung evidenzbasierter Forschungsergebnisse in die klinische Behandlungspraxis unterstützen und eine aktuelle Zusammenfassung der Vorteile und Risiken pharmakologischer Interventionen sowie Unsicherheiten ermöglichen. Die Leitlinie umfasst fünf Hauptthemen mit Empfehlungen für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie. Diese sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frühintervention mit Vorschlägen zu Medikation</li> <li>▪ Behandlung von Ersterkrankung</li> <li>▪ Behandlung von akuten Episoden</li> <li>▪ Erhaltungstherapie</li> <li>▪ Förderung der Adhärenz</li> </ul>	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Personen, die die Pharmakotherapie von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen verantworten und betreuen</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie sowie interessierte Angehörige und Betreuerinnen und Betreuer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Konsensusprozess im Expertenverfahren</li> <li>▪ Einschätzung der Evidenz anhand eines systematischen Verfahrens (Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade)</li> </ul>

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele und Themen der Leitlinie / des Pflegestandards	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten	Methodik der Erstellung
Brown (2012) AOTA 2012	American Occupational Therapy Association, USA	Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults with Serious Mental Illness	Die Intention der Leitlinie ist es, den Stellenwert von Beschäftigungstherapie zu verdeutlichen. Die Empfehlungen der Leitlinie umfassen sieben Themenbereiche im Rahmen der Beschäftigungstherapie. Dies sind u. a.: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ kognitive Fähigkeiten</li> <li>▪ emotionale Regulation</li> <li>▪ Anforderungen an Aktivitäten</li> </ul>	erwachsene Patientinnen und Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung (SMI)	Beschäftigungstherapeutinnen und -therapeuten und deren Assistentinnen und Assistenten sowie Menschen, die Patientinnen und Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung betreuen, versorgen oder für deren Betreuung politisch verantwortlich sind	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ systematische Reviews von 1.964 Literaturquellen mit Evidenzgraden von I bis III</li> <li>▪ Filterkriterien der McMaster University</li> </ul>
CADTH (2011) CADTH 2011	Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, Kanada	Optimal Use Recommendations for Atypical Antipsychotics: Combination and High-dose Treatment Strategies in Adolescents and Adults with Schizophrenia	Das Ziel von CADTH ist die Optimierung medikationsbezogener Gesundheits-Outcomes, der kosteneffektive Gebrauch von Medikamenten und Empfehlungen für die optimale Medikation. Das Ziel der Leitlinie liegt in der Erstellung von Empfehlungen bezüglich der (atypischen) antipsychotischen Medikation. Dies umfasst: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Empfehlungen für den optimalen Gebrauch von kombinierten atypischen antipsychotischen Medikamenten</li> <li>▪ Hochdosis-Behandlungsempfehlungen für Patientinnen und Patienten, die unter Verwendung von</li> </ul>	heranwachsende junge Menschen oder Erwachsene mit einer Diagnose der Schizophrenie nach DSM-IV-Kriterien oder ICD-10-Kriterien	Personen, die die medikamentöse Therapie von Menschen mit Schizophrenie oder schizoaffektiven Störungen vornehmen	COMPUS Expert Review Committee: Expertenmeinung von 8 Spezialistinnen und Spezialisten

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele und Themen der Leitlinie / des Pflegestandards	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten	Methodik der Erstellung
			Standarddosierungen nicht adäquat im Rahmen einer antipsychotischen Monotherapie eingestellt sind			
Cooper et al. (2016) BAP 2016	British Association for Psychopharmacology, Großbritannien	Guidelines on the Management of Weight Gain, Metabolic Disturbances and Cardiovascular Risk Associated with Psychosis and Antipsychotic Drug Treatment	Das Ziel der Leitlinie ist es, Empfehlungen bezüglich des Monitorings und des Risikomanagements bei Diabetes und Herzerkrankungen zu geben, unter der Berücksichtigung von Psychosen und der Wirkungen antipsychotischer Medikation. Die Empfehlungen umfassen u. a.: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lifestyle-Interventionen</li> <li>▪ Medikamentenevaluation, Monitoring</li> <li>▪ Medikationswechsel, Zusatzmedikationen</li> </ul>	erwachsene Patientinnen und Patienten mit Psychosen	Psychiaterinnen und Psychiater, Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Pflegekräfte und andere Personen mit Versorgungsbezug zu der adressierten Patientengruppe	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Konsensusprozess im Expertenverfahren</li> <li>▪ Einschätzung der Evidenz anhand eines systematischen Verfahrens (Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade)</li> </ul>
DGPPN und Falkai (2013) DGPPN 2013	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Deutschland	S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen	Ziel der Leitlinie ist es, „Empfehlungen zur umfassenden psychosozialen Behandlung und Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen auf der Basis der besten verfügbaren Evidenz vor dem Hintergrund des deutschen Versorgungssystems zu geben“. Hierbei werden vier Themenbereiche angesprochen:	erwachsene Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychiaterinnen und Psychiater, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Allgemeinärztinnen und -ärzte, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Krankenpflegepersonal, Personal psychiatrischer Pflegeeinrichtungen, Betreuerinnen und Betreuer, weitere Beteiligte im System</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GRADE-System</li> <li>▪ Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade</li> <li>▪ nominaler Gruppenprozess mit Konsensusphase</li> </ul>

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele und Themen der Leitlinie / des Pflegestandards	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten	Methodik der Erstellung
			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grundlagen psychosozialer Interventionen</li> <li>▪ Systeminterventionen</li> <li>▪ Einzelinterventionen</li> <li>▪ Matrix (Grundprinzipien des professionellen Handelns, Selbstbestimmung vs. Fürsorgepflicht, Kinder von Eltern mit einer psychischen Erkrankung)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entscheidungsträger im Gesundheitssystem</li> <li>▪ erwachsene Menschen mit einer Schizophrenie, schweren affektiven Erkrankungen und schweren Persönlichkeits- und Zwangsstörungen sowie Angehörige von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen</li> </ul>	
DNQP (2009) DNQP 2009	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Deutschland	Expertenstandard: Entlassungsmanagement in der Pflege	Ziel des Expertenstandards ist, „systematisch aus pflegerischer Perspektive dem Entstehen von Versorgungsbrüchen bei der Patiententlassung durch eine gezielte Vorbereitung von Patienten und Angehörigen sowie durch einen besseren Informationsaustausch zwischen den am Entlassungsprozess Beteiligten entgegenzuwirken“ und dass „[j]eder Patient mit einem erhöhten Risiko poststationärer Versorgungsprobleme und einem daraus resultierenden weiter andauernden Pflege- und Unterstützungsbedarf [...] ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfs-	stationär behandelte Patientinnen und Patienten	Pflegfachkräfte in stationären Gesundheitseinrichtungen, d. h. Krankenhäuser, Fach- und Rehabilitationskliniken	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ umfangreiche Literaturstudie</li> <li>▪ Update des vorherigen Pflegestandards von 2004 mittels neuer Literaturrecherche</li> <li>▪ Einbindung von Expertinnen und Experten durch Arbeitsgruppen</li> </ul>

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele und Themen der Leitlinie / des Pflegestandards	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten	Methodik der Erstellung
			gerechten Versorgung [erhält]“. Angesprochen werden u. a. Empfehlungen zur: <ul style="list-style-type: none"> <li>Entlassungsplanung</li> <li>Entlassungskoordination</li> <li>Entlassungsüberleitung</li> </ul>			
Dixon et al. (2010) PORT PsySoc 2010	Patient Outcomes Research Team/ Maryland Psychiatric Research Center, USA	The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements	Im Rahmen der 2. Aktualisierung der PORT-Richtlinie für psychosoziale Behandlungsempfehlungen wurden 8 Behandlungsempfehlungen für Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie formuliert. Diese umfassen u. a.: <ul style="list-style-type: none"> <li>Unterstützung zur Arbeit</li> <li>kognitive Verhaltenstherapie</li> <li>psychosoziale Interventionen für Alkohol- und Substanzmissbrauch</li> </ul>	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	keine explizite Nennung von Adressatinnen und Adressaten, in den Empfehlungen werden folgende Adressatinnen und Adressaten angesprochen: Ärztinnen und Ärzte sowie Psychiaterinnen und Psychiater, die Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie behandeln	<ul style="list-style-type: none"> <li>Literaturreview (Review) von Fachartikeln</li> <li>Update der Vorgängerleitlinie von 2003 bzw. 1998</li> <li>Bewertungsprozess im Expertenverfahren</li> </ul>
Buchanan et al. (2010) PORT PsyPharm 2010	Patient Outcomes Research Team/ Maryland Psychiatric Research Center, USA	The 2009 Schizophrenia PORT Psychopharmacological Treatment Recommendations and Summary Statements	Im Rahmen der 2. Aktualisierung der PORT-Richtlinie für psychopharmakologische Behandlungsempfehlungen wurden 16 Behandlungsempfehlungen für Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie formuliert. Diese umfassen u. a.: <ul style="list-style-type: none"> <li>akute antipsychotische Behandlung</li> </ul>	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	keine explizite Nennung von Adressatinnen und Adressaten, in den Empfehlungen werden folgende Adressatinnen und Adressaten angesprochen: Ärztinnen und Ärzte sowie Psychiaterinnen und Psychiater, die Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie behandeln	<ul style="list-style-type: none"> <li>Literaturreview (Review) von Fachartikeln</li> <li>Update der Vorgängerleitlinie von 2004</li> <li>Bewertungsprozess im Expertenverfahren</li> </ul>

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele und Themen der Leitlinie / des Pflegestandards	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten	Methodik der Erstellung
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Wahl der antipsychotischen Medikation für Ersterkrankte</li> <li>Überwachung antipsychotischer Behandlung</li> </ul>			
Hasan et al. (2012) WFSBP Acute 2012	World Federation of Societies of Biological Psychiatry, Deutschland	World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 1: Update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance	<p>Bewertung pharmakologischer Medikamente und somatischer Interventionen in der Behandlung und dem Management von Schizophrenie bezüglich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sicherstellung der Akutbehandlung nach evidenzbasierten Gesichtspunkten</li> <li>Sicherung der Behandlung therapieresistenter Patientinnen und Patienten nach evidenzbasierten therapeutischen Gesichtspunkten</li> </ul>	erwachsene Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	Ärztinnen und Ärzte sowie Psychiaterinnen und Psychiater, die Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis diagnostizieren und/oder Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie untersuchen und behandeln	<ul style="list-style-type: none"> <li>Update der Vorgängerleitlinie von 2005 mittels neuer Literaturrecherche</li> <li>Einschätzung der Evidenz anhand eines systematischen Verfahrens (Evidenzgraderung, Empfehlungsgrade)</li> </ul>
Hasan et al. (2013) WFSBP Long 2013	World Federation of Societies of Biological Psychiatry, Deutschland	World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects	<p>Verbesserung des Behandlungsstandards, um inakzeptable Variationen in der Versorgung und der Qualität der Behandlung zu verringern. Behandlerinnen und Behandler sollen in ihren klinischen Entscheidungen bezüglich folgender Punkte durch die Leitlinie unterstützt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sicherstellung der Langzeitbehandlung von Patientinnen und Patienten mit</li> </ul>	erwachsene Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	Ärztinnen und Ärzte sowie Psychiaterinnen und Psychiater, die Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis diagnostizieren und/oder Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie untersuchen und behandeln	<ul style="list-style-type: none"> <li>Update der Vorgängerleitlinie von 2006 mittels neuer Literaturrecherche</li> <li>Einschätzung der Evidenz anhand eines systematischen Verfahrens (Evidenzgraderung, Empfehlungsgrade)</li> </ul>

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele und Themen der Leitlinie / des Pflegestandards	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten	Methodik der Erstellung
			<p>Schizophrenie unter evidenzbasierten Gesichtspunkten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>evidenzbasiertes Management antipsychotika-induzierter unerwünschter Arzneimittelwirkungen</li> </ul>			
<p>Hasan et al. (2015) WFSBP 2015</p>	<p>World Federation of Societies of Biological Psychiatry, Deutschland</p>	<p>World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: Depression, Suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation</p>	<p>Das Ziel der Leitlinie ist die Bewertung der Rolle pharmakologischer Medikamente und somatischer Interventionen in der Behandlung und dem Management von Schizophrenie bezüglich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Depression</li> <li>Suizidalität</li> <li>Suchterkrankung (legale und illegale Drogen)</li> <li>Schwangerschaft und Stillzeit</li> </ul>	<p>erwachsene Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie</p>	<p>Ärztinnen und Ärzte sowie Psychiaterinnen und Psychiater, die Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis diagnostizieren und/oder Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie untersuchen und behandeln</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Update der Vorgängerleitlinien von 2005 und 2006 mittels neuer Literaturrecherche</li> <li>Einschätzung der Evidenz anhand eines systematischen Verfahrens (Evidenzgraderung, Empfehlungsgrade)</li> </ul>
<p>Kaiser et al. (2016) SGPP 2016</p>	<p>Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Schweiz</p>	<p>SGPP Behandlungsempfehlungen Schizophrenie</p>	<p>„Ziel dieser Behandlungsempfehlungen ist auf Basis internationaler Leitlinien die Kernelemente der state of the art Behandlung von Patienten mit Schizophrenie zusammenzufassen, um so dem Nutzer in Klinik und Praxis einen Leitfaden für die komplexen Behandlungsmöglichkeiten an die</p>	<p>Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Schizophrenie</p>	<p>Psychiaterinnen und Psychiater sowie andere Ärztinnen und Ärzte</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Synthese der wichtigsten internationalen Leitlinien</li> <li>Sichtung der Originalliteratur</li> <li>Konsensusprozess der Mitglieder der Arbeitsgruppe</li> </ul>

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele und Themen der Leitlinie / des Pflegestandards	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten	Methodik der Erstellung
			<p>Hand zu geben“. Dies umfasst Empfehlungen zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnosestandards</li> <li>▪ Behandlung von Erst-erkrankten und Patientinnen und Patienten in der akuten Phase, unter Berücksichtigung des Lebensalters</li> <li>▪ Pharmakotherapie</li> <li>▪ Komplikationsmanagement</li> <li>▪ weitere Behandlungsverfahren</li> </ul>			
MOH (2011) MOH 2011	Ministry of Health, Singapur	Schizophrenia	<p>Diese Leitlinie wurde entwickelt, um Informationen für Klinikerinnen und Kliniker bezüglich der evidenzbasierten Behandlung vorzuhalten. Dies umfasst Behandlungsempfehlungen zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Akutbehandlung</li> <li>▪ Erhaltungsmedikation</li> <li>▪ Management von Therapie-resistenz</li> <li>▪ Zusatzmedikation</li> <li>▪ psychosozialen Interventionen</li> <li>▪ Behandlung während der Schwangerschaft</li> </ul>	erwachsene Menschen mit Schizophrenie	für Ärztinnen und Ärzte sowie dazugehörigen weiteren Professionen, welche Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie behandeln	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Literaturrecherche und Einbindung existierender Leitlinien</li> <li>▪ Konsensusprozess im Expertenverfahren</li> <li>▪ Einschätzung der Evidenz anhand eines systematischen Verfahrens (Evidenzgraderung, Empfehlungsgrade)</li> </ul>

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele und Themen der Leitlinie / des Pflegestandards	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten	Methodik der Erstellung
NCCMH (2011 [2016]-a) NICE CG120 2011; Patienteninformation: NICE (2011a)	National Institute for Health and Care Excellence, England	Psychosis with Coexisting Substance Misuse: Assessment and Management in Adults and Young People (CG 120)	NICE-Leitlinien haben generell das Ziel, die Behandlungsstandards zu verbessern, inakzeptable Variationen in der Versorgung und der Qualität zu verringern und eine personenbezogene Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Für diese Leitlinie wurden zudem spezifische Ziele formuliert: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nachprüfen der Erfahrung bezüglich der Behandlung aus der Nutzer-/Angehörigenperspektive</li> <li>▪ Bewertung des Versorgungsmodells, der psychologischen, psychosozialen und pharmakologischen Interventionen</li> <li>▪ Entwicklung von Best-practice-Behandlungsempfehlungen</li> </ul>	erwachsene und jugendliche Menschen mit einer psychotischen Erkrankung und mit Substanzmissbrauch	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ direkt: Teilnehmende an der gesundheitlichen Versorgung auf gesellschaftlicher, primärer, sekundärer, tertiärer oder sonstiger Ebene, die Menschen mit Psychosen und gleichzeitig bestehendem Substanzmissbrauch behandeln und/oder betreuen</li> <li>▪ indirekt: Bezugstherapeutinnen und -therapeuten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, unabhängige Organisationen zur Patientenhilfe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ systematische Literaturrecherchen</li> <li>▪ Filterkriterien der McMaster University</li> <li>▪ GRADE-System</li> <li>▪ Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade</li> <li>▪ Konsensusprozess in der Entwicklungsgruppe</li> </ul>
NCCMH (2011 [2016]-b) NICE CG136 2011; Patienteninformation: NICE (2011c)	National Institute for Health and Care Excellence, England	Service User Experience in Adult Mental Health: Improving the Experience of Care for People Using Adult NHS Mental Health Services (CG136)	NICE-Leitlinien haben generell das Ziel, die Behandlungsstandards zu verbessern, inakzeptable Variationen in der Versorgung und der Qualität zu verringern und eine personenbezogene Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Für diese Leitlinie wurden zudem spezifische Ziele formuliert:	erwachsene Menschen, die psychiatrische Versorgungseinrichtungen nutzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ direkt: Teilnehmende an der gesundheitlichen Versorgung auf gesellschaftlicher, sekundärer, tertiärer oder sonstiger Ebene, Personen mit politisch-organisatorischen Entscheidungsbefugnissen</li> <li>▪ indirekt: Bezugstherapeutinnen und -therapeuten,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ systematische Literaturrecherchen</li> <li>▪ Filterkriterien der McMaster University</li> <li>▪ Konsensusprozess in der Entwicklungsgruppe</li> </ul>

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele und Themen der Leitlinie / des Pflegestandards	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten	Methodik der Erstellung
			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entwicklung von Empfehlungen und Qualitätsstandards für die entscheidenden Anforderungen, um eine hohe Qualität für die Patientinnen und Patienten zu gewährleisten</li> <li>▪ Identifikation von Qualitätsmaßnahmen zur Zielerreichung</li> <li>▪ Identifikation von Verbesserungspotenzialen</li> <li>▪ Identifikation von Bereichen mit weitergehendem Forschungsbedarf</li> </ul>		unabhängige Organisationen zur Patientenhilfe	
NCCMH (2012 [2016]) NICE CG133 2012; Patienteninformation: NICE (2011b)	National Institute for Health and Care Excellence, England	Self-Harm in Longer Term Management (CG 133)	<p>NICE-Leitlinien haben generell das Ziel, die Behandlungsstandards zu verbessern, inakzeptable Variationen in der Versorgung und der Qualität zu verringern und eine personenbezogene Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Für diese Leitlinie wurden zudem spezifische Ziele formuliert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewertung von spezifischen psychologischen, psychosozialen und pharmakologischen Interventionen in der Langzeitbehandlung von Personen mit selbstverletzendem Verhalten</li> </ul>	erwachsene und Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ direkt: Teilnehmende an der gesundheitlichen Versorgung auf gesellschaftlicher, primärer, sekundärer, tertiärer oder sonstiger Ebene sowie weitere direkt an der Versorgung beteiligte Personen</li> <li>▪ indirekt: Bezugstherapeutinnen und -therapeuten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, unabhängige Organisationen zur Patientenhilfe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ systematische Literaturrecherchen</li> <li>▪ Filterkriterien der McMaster University</li> <li>▪ GRADE-System</li> <li>▪ Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade</li> <li>▪ Konsensusprozess in der Entwicklungsgruppe</li> </ul>

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele und Themen der Leitlinie / des Pflegestandards	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten	Methodik der Erstellung
			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewertung psychologischer und psychosozialer Interventionen in Kombination mit pharmakologischen Interventionen in der Langzeitbehandlung von Personen mit selbstverletzendem Verhalten</li> <li>▪ Bewertung von spezifischen Interventionen des Versorgungsbereichs für Personen mit selbstverletzendem Verhalten</li> <li>▪ Integration der zuvor beurteilten Interventionen für Best-practice-Empfehlungen für die Versorgung</li> <li>▪ Formulierung von Behandlungsempfehlungen</li> </ul>			
NCCMH (2014 [2017]) NICE CG178 2014; Patienteninformation: NICE (2014)	National Institute for Health and Care Excellence, England	Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management (CG178)	<p>NICE-Leitlinien haben generell das Ziel, die Behandlungsstandards zu verbessern, inakzeptable Variationen in der Versorgung und der Qualität zu verringern und eine personenbezogene Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Für diese Leitlinie wurden zudem spezifische Ziele formuliert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verbesserung des Zugangs sowie der Einbindung in die Behandlung und Betreuung für Patientinnen und</li> </ul>	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie oder Psychosen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ direkt: gesellschaftlich, primäre, sekundäre oder tertiäre Versorgungsbeteiligte, die entweder Menschen mit Schizophrenie direkt behandeln/betreuen oder an Behandlungs-/Betreuungsentscheidungen mit beteiligt sind</li> <li>▪ indirekt: Bezugstherapeutinnen und -therapeuten, Sozialarbeiterinnen und</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ systematische Literaturrecherchen</li> <li>▪ Filterkriterien der McMaster University</li> <li>▪ GRADE-System</li> <li>▪ Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade</li> <li>▪ Konsensusprozess in der Entwicklungsgruppe</li> </ul>

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele und Themen der Leitlinie / des Pflegestandards	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten	Methodik der Erstellung
			<p>Patienten mit Schizophrenie und Psychosen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewertung von spezifischen psychologischen, psychosozialen und psychopharmakologischen Interventionen in der Behandlung von Schizophrenie und Psychosen</li> <li>▪ Bewertung psychologischer und psychosozialer Interventionen in Kombination mit pharmakologischen Interventionen in der Behandlung von Schizophrenie und Psychosen</li> <li>▪ Bewertung von spezifischen Interventionen des Versorgungsbereichs für Personen mit Schizophrenie und Psychosen</li> <li>▪ Integration der zuvor beurteilten Interventionen für Best-practice-Empfehlungen in die Versorgung</li> <li>▪ Formulierung von Behandlungsempfehlungen</li> </ul>		<p>Sozialarbeiter, unabhängige Organisationen zur Patientenhilfe, weitere professionelle Gruppen oder Körperschaften welche direkten Kontakt mit Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie oder Psychosen haben</p>	

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele und Themen der Leitlinie / des Pflegestandards	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten	Methodik der Erstellung
NCCMH (2015) NICE NG10 2015; Patienteninformation: NCCMH (2015)	National Institute for Health and Care Excellence, England	Violence and Aggression: Short Term Management in Mental Health, Health and Community Settings (NG 10)	<p>NICE-Leitlinien haben generell das Ziel, die Behandlungsstandards zu verbessern, inakzeptable Variationen in der Versorgung und der Qualität zu verringern und eine personenbezogene Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Für diese Leitlinie wurden zudem spezifische Ziele formuliert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verbesserung des Zugangs sowie der Einbindung in die Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen und aggressivem Verhalten</li> <li>▪ Bewertung spezifischer Behandlungsmodelle für Menschen mit den genannten Erkrankungen auf psychologischer, psychosozialer und pharmakologischer Ebene</li> <li>▪ Bewertung spezifischer Behandlungsmodelle für Menschen mit den genannten Erkrankungen bezüglich psychologischer, psychosozialer Interventionen in Kombination mit pharmakologischen Interventionen</li> </ul>	Erwachsene, Jugendliche und Kinder mit psychischer Erkrankung und aggressivem Verhalten, die in einer psychiatrischen Einrichtung versorgt werden	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ direkt: Patientinnen und Patienten sowie Teilnehmende an der gesundheitlichen Versorgung auf gesellschaftlicher, primärer, sekundärer, tertiärer oder sonstiger Ebene und Personen in der Versorgung mit direktem Kontakt, Entscheidungsgewalt oder Behandlungsauftrag für Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ indirekt: Bezugstherapeutinnen und -therapeuten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, unabhängige Organisationen zur Patientenhilfe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ systematische Literaturrecherchen</li> <li>▪ Filterkriterien der McMaster University</li> <li>▪ GRADE-System</li> <li>▪ Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade</li> <li>▪ Konsensusprozess in der Entwicklungsgruppe</li> </ul>

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele und Themen der Leitlinie / des Pflegestandards	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten	Methodik der Erstellung
			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewertung von spezifischen Interventionen des Versorgungsbereichs für Personen mit geistigen Gesundheitsproblemen mit aggressivem Verhalten oder dem Risiko zu einem aggressiven Verhalten</li> <li>▪ Integration der zuvor beurteilten Interventionen für Best-practice-Empfehlungen in die Versorgung</li> <li>▪ Formulierung von Behandlungsempfehlungen</li> </ul>			
SIGN (2013) SIGN 2013; Patienteninformation: SIGN (2015)	Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Schottland	Management of Schizophrenia (CPG 131)	<p>Die Leitlinie hat das Ziel evidenzbasierte Empfehlungen zur Versorgung und Behandlung von Erwachsenen mit Schizophrenie vorzuhalten. Hierfür werden verschiedene Themenbereiche adressiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zugang zur und Einbindung in die Behandlung</li> <li>▪ pharmakologische Therapie (z. B. Management, Monitoring)</li> <li>▪ psychologische Therapie (z. B. kognitive Verhaltenstherapie, Skills Training)</li> <li>▪ Schwangerschaft und Stillen</li> </ul>	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	Psychiaterinnen und Psychiater, Psychologinnen und Psychologen, Pflegepersonal, Therapeutinnen und Therapeuten, Pflegekräfte, Beschäftigungstherapeutinnen und -therapeuten, Allgemeinärztinnen und -ärzte und Apothekerinnen und Apotheker, Erkrankte und Angehörige/Betreuende	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ systematische Literaturrecherche</li> <li>▪ Einschätzung der Evidenz anhand eines systematischen Verfahrens (Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade)</li> <li>▪ Konsensusprozess in einer Experten- und Entwicklungsgruppe</li> </ul>

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele und Themen der Leitlinie / des Pflegestandards	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten	Methodik der Erstellung
Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour (2012) AVALIA-T 2012	Galician Agency for Health Technology Assessment, Ministry of Health, Spanien	SNS: Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour	<p>Ziel der Leitlinie ist eine Reduktion der Variabilität an klinischen Vorgehen im Rahmen des Managements in der Behandlung von suizidalem Verhalten. Zudem soll eine Unterstützung des Decision-Making-Prozesses durch professionelle Akteure der Versorgung erfolgen. Ein weiteres Ziel ist die Bewerbung des „Improved Health“-Konzepts und von Ideen zur Lebensqualität in der Bevölkerung. Darüber hinaus stellt auch die Verbesserung der Informationen für Patientinnen und Patienten zur Gewährleistung der Partizipation im Rahmen eines Decision-Making ein Ziel der Leitlinie dar sowie die Reduktion des Stigmas, welches mit dem Gesundheitsproblem des suizidalen Verhaltens verknüpft ist.</p> <p>Diese Ziele umfassen u. a. Empfehlungen zur Beurteilung und zum Management von:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Risikofaktorenbestimmung von suizidalem Verhalten</li> <li>▪ Suizidalität in der primären Krankenbehandlung, der Notfall- und der spezialisierten Versorgung</li> </ul>	Menschen mit einem Risiko für suizidales Verhalten	alle Professionen, welche an der Gesundheitsversorgung von Patientinnen und Patienten mit einem suizidalen Risiko beteiligt sind, sowie die Patientinnen und Patienten und deren Bezugspersonen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Durchführung einer Literaturrecherche</li> <li>▪ SIGN Levels of Evidence</li> <li>▪ Einschätzung der Evidenz anhand eines systematischen Verfahrens (Evidenzgraderung, Empfehlungsgrade)</li> <li>▪ Einbindung von Expertinnen und Experten in Arbeitsgruppen und als Reviewer</li> </ul>

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele und Themen der Leitlinie / des Pflegestandards	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten	Methodik der Erstellung
			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prävention</li> <li>▪ Screening</li> <li>▪ Risikogruppenanalyse</li> <li>▪ klinischen Interventionen</li> <li>▪ diagnostische und therapeutische Empfehlungen</li> </ul>			

GRADE = Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation, NICE = National Institute for Health and Care Excellence

### Charakteristika der eingeschlossenen HTAs

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Ziel des HTA	Zielgruppe	Methodik der Erstellung
Abou-Setta et al. (2012) AHRQ 2012	Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), USA	Vergleich von Antipsychotika der ersten Generation (FGAs) mit Antipsychotika der zweiten Generation (SGA) bei Erwachsenen (18 bis 64 Jahre) mit Schizophrenie, schizophrenie-bedingten Psychosen oder bipolaren Störungen, mit einem Schwerpunkt auf Krankheitssymptomen, funktionellen Ergebnissen, die Kontaktfrequenz zum Gesundheitswesen und unerwünschte Ereignisse	Erwachsene (18 bis 64 Jahre) mit Schizophrenie, schizotypen Störungen oder bipolarer Erkrankung	Es wurde eine umfassende Recherche in 10 elektronischen Datenbanken bis Juli 2011 durchgeführt. Die Handsuche umfasste Konferenzbeiträge, klinische Studienregister und Referenzlisten einschlägiger Studien. Expertinnen und Experten sowie Autorinnen und Autoren einschlägiger Studien wurden befragt. Es wurden 113 Studien zu Schizophrenie (22 vergleichende Studien) und 11 Studien zur bipolaren Störung (6 vergleichende Studien) berücksichtigt. Eine Studie umfasste beide Erkrankungen. Klinische Versuche (n = 123) hatten ein nicht beurteilbares (63 %) oder hohes (37 %) Risiko von Verzerrung. Kohortenstudien (n = 2) hatten eine gute methodische Qualität.
Boucher und Nkansah (2010) CADTH 2010	Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH), Kanada	1. Wie schneidet eine Kombinationstherapie mit atypischen Antipsychotika (einschließlich der Verwendung eines atypischen oder eines traditionellen Neuroleptikums als zusätzliches Medikament) im Vergleich zu	Jugendliche (13 bis 17 Jahre) und Erwachsene (ab 17 Jahre) mit Schizophrenie nach DSM-IV-Kriterien	beschränkte Literaturrecherche: englische Originalartikel zwischen 2005 und 2010, Verwendung des Oxman-Guyatt-Tools zur Qualitätsmessung der systematischen Reviews, Nutzung der Jadad scale zur

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Ziel des HTA	Zielgruppe	Methodik der Erstellung
		<p>einer Monotherapie mit atypischen Neuroleptika im Hinblick auf den klinischen Nutzen und unerwünschte Wirkungen ab?</p> <p>2. Wie ist die klinische Wirksamkeit von atypischen Antipsychotika in Hochdosistherapie (definiert als die Verwendung von Tagesdosen am oberen Ende oder über dem maximal empfohlenen Dosisbereich)?</p>		Qualitätsmessung der randomisiert kontrollierten Studien; insgesamt wurden 15 Studien, die die beiden Untersuchungsfragen betreffen, in die Synthese einbezogen
Tran und Spry (2009) CADTH 2009	Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH), Kanada	Evaluation der zu beurteilenden Fragen: Wie ist die klinische Wirksamkeit von Gruppentherapiemaßnahmen bei der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie, mit dem Ziel die Funktionsfähigkeit und die gesundheitliche Lebensqualität zu verbessern und die Hospitalisation zu reduzieren?	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	3 systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen; 10 Artikel, die insgesamt 9 randomisiert-kontrollierte Studien (RCT) beschreiben sowie eine kontrollierte klinische Studie wurden identifiziert; angesichts der Zahl von relevanten systematischen Reviews und RCTs wurden Beobachtungsstudien in der kritischen Bewertung dieses Berichts nicht berücksichtigt

### Charakteristika der eingeschlossenen Studien zu Hinweisen auf Unter-, Über- und Fehlversorgung

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
Addington (2009)	Kanada	Bestimmung von Best-practice-Inhalten für die Behandlung von psychotischen Erstepisoden	deskriptiver Übersichtsbeitrag	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	-
Addington et al. (2007)	Kanada	Operationalisierung von Performance-Maßnahmen zur Beurteilung der Versorgungsqualität bei Erstepisoden von Schizophrenie	Review mit Expertendiskussion	Patientinnen und Patienten mit einer ersten Episode einer Schizophrenie und einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis, nicht mehr als 3 Monate adäquater antipsychotischer Therapie bei Aufnahme in das Projekt	n = 100 Patientinnen und Patienten

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
Addington et al. (2013)	Kanada	Identifikation von essentiellen evidenzbasierten Komponenten der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer ersten Episode der Schizophrenie	systematischer Review mit Delphi-Verfahren	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	n = 1.020 Primärstudien
AQUA (2015)	Deutschland	Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden sektorenspezifischen Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter	Konzeptskizze	Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen der Diagnosegruppe F2 nach ICD-10	-
Bäuml et al. (2006)	Deutschland	Untersuchung des Effektes von Psychoedukation bei betroffenen Patientinnen und Patienten und deren Familien auf Hospitalisationsfrequenz und stationärer Behandlungsdauer der Patientinnen und Patienten	Randomisierte Multicenterstudie	Patientinnen und Patienten mit einer schizophrenen Psychose nach ICD-9/DSM IV	n = 236 Patientinnen und Patienten
Bebbington et al. (2005)*	Deutschland, Frankreich, Großbritannien	Untersuchung des Zusammenhangs von Behandlungsmethoden, sozioökonomischen Faktoren (Obdachlosigkeit etc.) und klinischem Outcome, Ermittlung von Behandlungsbedarf, Ressourcenverbrauch bei unterschiedlichen Versorgungsformen und Identifikation von Prognosefaktoren	Kohortenstudie	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie mit einem Alter von 18 bis 64 Jahre	n = 1.208 Patientinnen und Patienten
Becker (2014)	Deutschland	mehrere wissenschaftliche Arbeiten zu verschiedenen Aspekten der Schizophrenie sowie Behandlungsoptionen der schizophrenen Erkrankung	Übersichtsarbeit	Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung, Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	-
Bramesfeld et al. (2012)	Deutschland	Ermittlung von Schnittstellen bei den kooperativen interdisziplinären Behandlungsformen	qualitative Studie: Fokusgruppeninterviews	lokal-regionale Versorger von Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung	-
Cañas et al. (2013)	verschiedene Länder	Betrachtung von adhärenzfördernden Faktoren	Report eines Expertenmeetings	Behandlerinnen und Behandler von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	-

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
Crawford et al. (2014)	Großbritannien	Untersuchung zur Qualität des Assessments und der Behandlung allgemeinmedizinischer Erkrankungen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen	retrospektives Audit	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	n = 5.091 Patientinnen und Patienten
Danielsson et al. (2016)	Schweden	Untersuchung der Mortalität von älteren Patientinnen und Patienten mit Antipsychotika, Antidepressiva mit Risiko für Torsade de pointes	gematchte Fallkontrollstudie	Patientinnen und Patienten (> 65 Jahre), die außerhalb des Krankenhauses im Zeitraum von 2008 bis 2013 verstorben waren	n = 286.092 Patientinnen und Patienten, Vergleichsgruppe: n = 1.430.460 Patientinnen und Patienten
Dixon et al. (2016)	USA	Review zu evidenzbasierten, engagement-fördernden und recovery-zentrierten Behandlungstechniken	Review	Patientinnen und Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung	n = 78 Primärstudien
DGPPN (2014)	Deutschland	ethische Stellungnahme zur Achtung der Selbstbestimmung bei der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen	Stellungnahme	Behandlerinnen und Behandler von Menschen mit psychischen Erkrankungen	-
Falkai et al. (2014)	Deutschland	Übersicht über das Krankheitsbild, Kosten, Voraussetzungen für zukünftig verbesserte Behandlungsoptionen	Übersichtsarbeit	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	-
Fleischhacker et al. (2014)	verschiedene Länder	Darstellung des politischen Handlungsbedarfs zur Verbesserung der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	Report	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	-
Gaebel et al. (2009)	Deutschland	deskriptive Studie zu aktuellen (2009) Entwicklungen in Deutschland	Report	Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung	n = 58 Studien
Gaebel und Wölwer (2010)	Deutschland	Übersichtsarbeit über schizophrene Erkrankungen, Diagnostik, Therapie, Prognose und Stand der Versorgung	Übersichtsarbeit	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, Betreuende und an der Versorgung Beteiligte	k. A.
Gemeinsamer Bundesausschuss (2015)	Deutschland	Richtlinie zur Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung	Richtlinie	Patientinnen und Patienten mit einer schweren psychischen Erkrankung (auch aus dem Bereich des schizophrenen Formenkreises)	k. A.

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
Hamann et al. (2009)	Deutschland	Untersuchung der Einstellung von Psychiaterinnen und Psychiatern zu Shared-Decision-Making in der Behandlung der Schizophrenie	Multicenterstudie	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	n = 352 Psychiaterinnen und Psychiater
Hemkendreis (2011)	Deutschland, Österreich, Schweiz	Darstellung der länderspezifischen Besonderheiten in der psychiatrischen Pflege	Report	Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung	-
Horvitz-Lennon et al. (2015)	USA	Unterschiede in der Versorgungsqualität bei Schizophrenie nach geographischen und ethnischen Merkmalen	Studie in 4 Bundesstaaten	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	n = 98.400 Versicherte
Horvitz-Lennon et al. (2014)	USA	Unterschiede in der Versorgungsqualität unter schizophrener Beziehung von Medicaid	Studie in 4 Bundesstaaten	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie (DSM-IV-Codes 295.xx)	n = 123.496 Versicherte
Hunt et al. (2013)	Australien, Südafrika	Vergleich der Effekte psychosozialer Interventionen zur Verringerung von Substanzmissbrauch bei Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen im Vergleich zur Standardtherapie	Review	Patientinnen und Patienten mit Substanzmissbrauch und schwerer psychischer Erkrankung (SMI)	32 Studien mit 3.165 Patientinnen und Patienten
IGES (2014)	Deutschland	Beschreibung und Beurteilung des aktuellen Standes sektorenübergreifender Therapieformen u. a. bei Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	Studienbericht	Analysepopulation mit ICD-Diagnosen Demenz, Schizophrenie (F20.x) und Multiple Sklerose	n = 254.194 Versicherte
Jørgensen et al. (2015)	Dänemark	Untersuchung der Auswirkung der Implementierung eines nationalen Überwachungsprogramms auf die Versorgungsqualität	Kohortenstudie	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie (ICD-10-Diagnose F20.0 bis F20.99)	n = 14.228 Patientinnen und Patienten
Jørgensen et al. (2016)	Dänemark	Untersuchung des Zusammenhangs des Aufnahmevermögens psychiatrischer Kliniken und der Versorgungsqualität	Populationsstudie	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie (ICD-10-Diagnose F20.0 bis F20.99)	n = 3.209 Patientinnen und Patienten

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
Killaspy et al. (2013)	Großbritannien	Zusammenhang von Versorgungsqualität und klinischem Ergebnis anhand einer Untersuchung der Mental Health Rehabilitation Services in England	Multicenterstudie	Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen, davon mit Schizophrenie 73 %, mit schizoaffektiver Erkrankung 8 %, mit bipolarer Erkrankung 8 %, andere 11 %	n = 739 Patientinnen und Patienten
Kösters et al. (2016)	Deutschland	Anwendbarkeit eines Qualitätsindikatorensatzes in der integrierten Versorgung	Kohortenstudie	Kohorte von Patientinnen und Patienten mit F2-Diagnosen nach ICD-10	n = 85 Patientinnen und Patienten
Laursen et al. (2014)	Dänemark	Erfassung der Literatur zur frühen Sterblichkeit von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie und mögliche Schritten, die frühe Sterblichkeit zu reduzieren	Review	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	n = 157 Primärstudien
Large et al. (2011)	Australien, USA	Bestimmung des Einflusses von Cannabis, Alkohol und weiterer psychoaktiver Substanzen auf das Manifestationsalter von Psychosen	Metaanalyse	Patientinnen und Patienten mit Psychose und Konsum von Cannabis, Alkohol oder anderen psychoaktiven Substanzen	n = 83 Studien
Lawrence und Kisely (2010)	Australien	Darstellung von systemischen Problemen in der Versorgung von Patienten mit einer schweren psychischen Erkrankung	Review	Patientinnen und Patienten mit einer schweren psychischen Erkrankung	k. A.
Leucht et al. (2009)	Deutschland, USA	Untersuchung der Effektivität von Antipsychotika der zweiten Generation anhand einer Metaanalyse placebo-kontrollierter Studien	Metaanalyse	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	38 Studien mit n = 7.323 Patientinnen und Patienten
McGorry et al. (2013)	Australien	Untersuchung zur Pharmakotherapie nach der Erstepisode einer psychotischen Erkrankung	Report	Patientinnen und Patienten mit einer psychotischen Erkrankung	-
Mehl et al. (2016)	Deutschland	Ermittlung von Anhaltspunkten zur Anzahl des Personals, das für leitliniengerechte stationäre psychiatrische Behandlungen als notwendig erachtet wird	systematische Übersichtsarbeit über randomisiert kontrollierte Studien, Metaanalysen und Leitlinien	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	k. A.

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
Müller et al. (2016)	Deutschland	Überprüfung der Effektivität der integrierten Versorgung (integrative Versorgung, kognitive Verhaltenstherapie/CBT, Pharmakotherapie und Assertive Community Treatment)	Primärstudie	stationär behandelte Patientinnen und Patienten mit F1-, F2- und F3-Diagnosen	n = 26 Patientinnen und Patienten
Mueser et al. (2013)	USA	Untersuchung der aktuellen Fachliteratur zu psychosozialen Behandlungsmethoden unter Berücksichtigung des Recovery-Modells und des Stressvulnerability-Modells im Hinblick auf Teilhabeperspektiven (Arbeitsfähigkeit etc.) der Erkrankten	Review	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	-
Murray und Lopez (1996)*	global	Untersuchung der globalen Krankheitskosten nach dem WHO-Konzept GBD, Aussagen zu Erkrankungslasten und -kostengewichtung, Berücksichtigung psychischer Erkrankungen	Report	Personen mit Mitwirkung und Entscheidungsgewalt in der medizinischen Versorgung von Menschen	-
Nolting et al. (2016)	Deutschland	Darstellung von Optionen für ein nationales Versorgungsprogramm für Menschen mit Schizophrenie	Report	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	-
Nordentoft (2007)	Dänemark	Literaturstudie zu Suizid und suizidalem Verhalten mit Darstellung des Suizidpräventionsprogramms in Dänemark	Review	Personen mit Mitwirkung und Entscheidungsgewalt in der medizinischen Versorgung von Menschen	-
Nordentoft et al. (2011)	Dänemark	Beurteilung des absoluten Selbstmordrisikos innerhalb von 36 Jahren nach Erstkontakt mit psychiatrischer Versorgung	Kohortenstudie	Patientinnen und Patienten im Alter von 15 bis 51 Jahren, mit allen Diagnosegruppen psychischer Krankheiten (ICD-8 oder ICD-10)	2,46 Mio. Menschen
OECD (2012)	OECD-Mitgliedsstaaten	Darstellung der wirtschaftlichen Kosten psychischer Erkrankungen im OECD-Raum	Report	Personen mit Mitwirkung und Entscheidungsgewalt in der medizinischen Versorgung von Menschen und interessierte Öffentlichkeit	-

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
Olfson et al. (2016)	USA	Darstellung des Suizidrisikos binnen 90 Tagen nach Krankenhausentlassung bei Erwachsenen mit einer ersten Episode einer psychischen Erkrankung gegenüber Patientinnen und Patienten ohne psychische Erkrankungen	Kohortenstudie	Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (Depressionen, bipolare Erkrankung, Schizophrenie, Substanzmissbrauch und andere psychische Erkrankungen)	n = 1.861.111 Patientinnen und Patienten (770.643 Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen, 1.090.551 Patientinnen und Patienten ohne psychische Erkrankungen)
Patel et al. (2014)	Großbritannien	Untersuchung zum Medikationsverhalten bei Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung	Primärstudie/Audit	Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose nach ICD-10 F20.0-F20.9, F25.0-F25.9, 18 bis 60 Jahre mit mindestens 12 Monaten Diagnosepersistenz	n = 5.055 Patientinnen und Patienten
Pollmächer (2017)	Deutschland	Stellungnahme zur Bedeutung der Patientenautonomie in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen mit den Schwerpunkten Selbstbestimmungsrecht, eingeschränkte Selbstbestimmungsfähigkeit und Zwang, Betonung der Bedeutung der Assistenz bei der Entscheidungsfindung	Stellungnahme	Personen, die die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen begleiten, durchführen oder verantworten	-
Rummel-Kluge et al. (2013)	Deutschland, Österreich, Schweiz	Ermittlung der Rolle der Psychoedukation bei der Behandlung unterschiedlicher psychischer Erkrankungen	Multicenterstudie/ Fragebogen	psychiatrische Krankenhäuser, Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, Depressionen, Angststörungen oder Substanzmissbrauch	n = 500, Rücklauf: 289 (58 %)
Salize et al. (2015)	Deutschland	Ermittlung der Rolle der Psychoedukation bei der Behandlung unterschiedlicher psychischer Erkrankungen	Übersichtsarbeit	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie oder Depressionen	k. A.
Schaffer et al. (2016)	Kanada	Untersuchung von Suiziden im Hinblick auf vorhergehende Kontakte zum Gesundheitssystem, um Ansatzpunkten zur Verbesserung der Suizidprävention zu ermitteln	Fallkontrollstudie	Patientinnen und Patienten, die in der Stadt Toronto zwischen 1998 und 2011 nach einem Kontakt mit dem Gesundheitssystem Suizid begangen hatten	n = 2.835 Patientinnen und Patienten

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
Schultz et al. (2007)	USA	Übersicht über Erkenntnisse zur Epidemiologie, Symptomatik, Diagnose, Therapieoptionen im Hinblick auf psychosoziale Therapieformen und Medikationsoptionen und deren Nebenwirkungen	Review	Ärztinnen und Ärzte, die Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrener Formenkreis behandeln und deren Angehörige oder Kontaktpersonen betreuen	-
Stengler et al. (2015)	Schweiz	Darstellung von Voraussetzungen für eine Reduktion von Zwang in der Versorgung zur Verringerung/Verhinderung von Gewalt	Übersichtsarbeit	Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen	-
Taylor et al. (2009)	Großbritannien	Untersuchung des Nutzens verschiedener Arten von institutioneller Versorgung	systematischer Review	Patientinnen und Patienten, die chronisch/langfristig psychisch erkrankt sind	110 Studien/Reviews
Tan et al. (2011)	verschiedene Länder	Untersuchung der Wahrnehmung und Erfahrung von Patientinnen und Patienten mit Stigmatisierung aufgrund ihrer Erkrankung	systematischer Review	Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrener Formenkreis	7 qualitative und 8 quantitative Studien
Tiihonen et al. (2006)	Finnland	Untersuchung des Zusammenhangs der verordneten antipsychotischen Medikation und des Outcomes bei Schizophrenie und schizoaffektiven Störungen	Kohortenstudie	erwachsene Patientinnen und Patienten, die wegen Schizophrenie oder schizoaffektiver Störung von Januar 1995 bis Dezember 2001 landesweit erstmals stationär behandelt worden sind	n = 2.230 Patientinnen und Patienten
Tomita und Herman (2015)	Großbritannien	Untersuchung des Einflusses der kritischen Interventionszeit (CTI) auf die Selbsteinschätzung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bezüglich der Behandlungskontinuität und deren Zusammenhang mit Obdachlosigkeit und psychiatrischer Rehospitalisation	Primärstudie	obdachlose Patientinnen und Patienten mit einer psychotischen Erkrankung	n = 150 Patientinnen und Patienten
Ungewitter et al. (2013)	Deutschland	Betrachtung regionaler Versorgungsstrukturen in der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung	Report	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, Depressionen und Alkoholabhängigkeit	k. A.

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
van der Lee et al. (2016)	Niederlande	Untersuchung anhand von Abrechnungsdaten, ob kontinuierliche psychiatrische Betreuung besseres Outcome erzeugt	Primärstudie	Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose aus dem schizophrenen Formenkreis nach DSM-IV: 291.3, 291.5, 292.11, 292.12, 293.81, 293.82, 295.10, 295.20, 295.30, 295.40, 295.60, 295.70, 295.90, 297.1, 297.3, 298.8, 298.9.	n = 7.392 Patientinnen und Patienten
Van Duin et al. (2013)	Niederlande	Untersuchung zum Implementierungsgrad der Nationalen Versorgungsleitlinie Schizophrenie des Königreichs der Niederlande	Kohortenstudie	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie und Behandlerinnen und Behandler der Patientinnen und Patienten	n = 359 Klinikerinnen und Kliniker, n = 1.489 Patientinnen und Patienten
Weinmann et al. (2009)	Deutschland	Darlegung von Entwicklungsmodellen für Qualitätsindikatoren für die integrierte Behandlung und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung	Review	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie in integrierten Versorgungsmodellen	42 Publikationen mit 78 Indikatoren
Weinmann und Becker (2009)	Deutschland	Entwicklung eines Qualitätsindikatorensatzes für die integrierte Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	Review	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	k. A.
Wolfersdorf et al. (2016)	Deutschland, Österreich	Darstellung von Risikofaktoren für Suizide und suizidales Verhalten in psychiatrischen Krankenhäusern.	Übersichtsarbeit	Behandlerinnen und Behandler von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen und Suizidalität	-
Xia et al. (2011)	Großbritannien	Wirksamkeit von Psychoedukation in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis	Review	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie oder schizoaffektiver Störung nach DSM, ICD oder CCMD im Alter von 18 bis 60 Jahren	n = 5.142 Patientinnen und Patienten aus 44 randomisiert kontrollierte Studien, die zwischen 1988 und 2009 durchgeführt wurden

k. A. = keine Angabe

\* Angaben der Studien zitiert nach Fleischhacker et al. (2014), daher als Handrecherche eingeschlossen

## Charakteristika der eingeschlossenen Studien zur Evaluation deutscher Modelle der integrierten Versorgung

Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Datenquelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
Modell 1a	Köln	Gouzoulis-Mayfrank et al. (2015)	RCT: TAU und IV	100 Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie und Abhängigkeitskomorbidität	Konsumparameter (nach Addiction Severity Index), Selbsteinschätzung (SOCRATES), Adhärenz, Zufriedenheit Wiederaufnahmerate, GAF, PANSS, MADRS, FLS	Patientinnen und Patienten in der IV-Gruppe: höhere Abstinenzmotivation, geringerer Konsum (3 Monate) höhere Therapiezufriedenheit, GAF und Retentionsrate waren höher, aber nicht signifikant
Modell 1b	Düsseldorf	Schmidt-Kraepelin et al. (2009)	Matched Groups basierend auf Diagnose/Alter: TAU und IV	93 Patientinnen und Patienten mit F2-Diagnosen, „starke Nutzer“	Vergleich nach 6 und 12 Monaten: Rehospitalisationsfrequenz, Aufenthaltsdauer, Therapiezufriedenheit, Lebensqualität, Behandlungskosten, Basisassessment: PANSS, GAF, CGI, BLQP	Rehospitalisierung IV-Gruppe: 41 % (vs. 64 % in TAU-Gruppe), signifikant; kein signifikanter Unterschied der Aufenthaltsdauer, kein signifikanter Lebensqualitätsgewinn
Modell 2	Hamburg	Härter et al. (2012) Härter et al. (2015)	allgemein	Patientinnen und Patienten mit Psychosen, Depressionen, somatoforme Syndrome, Anorexie und Bulimie, Abhängigkeitsstörungen	Tätigkeitsfelder: Information und Edukation, Prävention, Diagnose, Indikationsstellung und Therapie, Empowerment, Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen	Start des Projektes im Frühherbst 2011, Informationsdissemination über das Forschungsprojekt Mai 2012, kurz- und langfristige Verbesserung der Versorgungsqualität in Hamburg ist anzunehmen
		Bock und Lambert (2013)	allgemein	Patientinnen und Patienten mit F2- und F3-Diagnosen	Bildung ACT, Integration, Gemeindepsychiatrie, ambulante Vernetzung	ambulante Kontakte: 8-mal mehr, Anstieg ambulanter Psychotherapie: 8-fach, Halbierung stationärer Aufenthalte, anhaltende Abnahme Psychopathologie (BPRS, CGI), Zunahme QoL (Q-LES-Q18), mehr Therapiezufriedenheit (CSQ-8)
		Lambert et al. (2010)	ACT vs. TAU	120 Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie aus Hamburger Modell (ACCESS-Studie)	SCID, GAF, EPFQ, PANSS, CGI, MVS, MLCI, Q-LES-Q18, SWN-K, SWAM, SES, CSQ-8P	ACT hat bessere Adhärenz, ACT bringt mehr Verbesserungen in Bezug auf Symptomenkontrollen, Globalfunktion und Therapiezufriedenheit
		Karow et al. (2014)	2- vs. 4 Jahresverlauf Hamburger Modell	158 Patientinnen und Patienten aus Hamburger Modell 4-Jahresverlauf, breites Spektrum an psychischen Erkrankungen	BPRS, CGI, GAF, Q-LES-Q, CSQ-8	BPRS signifikant besser, CGI besser, GAF, Q-LES-Q und CSQ-8 signifikant besser

Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Datenquelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
		Karow et al. (2012)	12 Monate ACT vs. TAU	120 Patientinnen und Patienten mit erst- und multipisodischer schizophrener Erkrankung	inkrementelles Kosten-Effizienz-Verhältnis (ICER), QALY in 12 Monaten	ACT hat signifikant weniger Hospitalisationskosten, aber signifikant höhere ambulante Kosten, QALYs waren besser
		Lambert et al. (2014a)	Begleitstudie zur ACCESS-Studie	225 Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen, (1:4 Erst-/Mehrfacherkrankte), 68 % Schizophrenie, 13 % schizoaffektive, 12 % bipolare, 2 % wahnhaft, 1 % depressive Erkrankungen	BPRS, CGI, GAF, Q-LES-Q18, CSQ-8	ACT mit hochsignifikanter Besserung in allen gemessenen Parametern
		Lambert et al. (2014b)	ACCESS-Studie (Vergleich ACT/Standard Care (SC))	120 Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (F1-, F2-, F3-Diagnosen)	PANSS, CGI, GAF, Q-LES-Q18, CSQ-8	Vorteil von ACT als Bestandteil einer integrierten Versorgung für Patientinnen und Patienten hinsichtlich Haltequote, der Verbesserung der Symptomatik, der Alltagsfunktionsfähigkeit, Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit; darüber hinaus erwies sich eine Behandlung nach dem Hamburger Modell als kosteneffektiv
		Lambert et al. (2015)	3-Jahres-Kontrollstudie des Hamburger Modells	158 Patientinnen und Patienten (F1-, F2-, F3-Diagnosen)	PANSS, CGI, GAF, Q-LES-Q18, CSQ-8	Im 3-Jahres-Verlauf kam es zu signifikanten und stabilen Verbesserungen in den Bereichen Psychopathologie (BPRS: $p < 0,001$ ), Krankheitsschwere (CGI-S/CGI-BP: $p < 0,001$ ), Funktionsniveau (GAF: $p < 0,001$ ), Lebensqualität (Q-LES-Q-18: $p < 0,001$ ) und Behandlungszufriedenheit (CSQ-8: 2,0 auf 3,3; $p = 0,164$ ; nicht signifikant, da große Verbesserungen zu Beginn). Zwangseinweisungen wurden reduziert und die medikamentöse Adhärenz sowie die Arbeitsfähigkeit verbessert.

Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Datenquelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
		Lambert et al. (2016)	4-Jahres-Kontrollstudie des Hamburger Modells	158 Patientinnen und Patienten (F1-, F2-, F3-Diagnosen)	PANSS, CGI, GAF, Q-LES-Q18, CSQ-8	Im Verlauf der 4-jährigen Behandlung kam es zu signifikanten Verbesserungen in den Bereichen Psychopathologie (BPRS: $p < 0,001$ ), Krankheitsschwere (CGI-S: $p < 0,000$ ) Funktionsniveau (GAF: $p < 0,001$ ), Lebensqualität (Q-LES-Q-18: $p < 0,001$ ) und der Behandlungszufriedenheit (CSQ-8: 2,8 auf 3,3; $p = 0,09$ ; nicht signifikant, da große Verbesserungen bereits zu Beginn).
		Schöttle et al. (2013)	systematischer Review von RCT-Studien zur Versorgung von 2011 bis 2013	29 Studien mit an Schizophrenie erkrankten Patientinnen und Patienten als Studienpopulation	REVIEW	Unabhängig vom gewählten IV-Modell (CMHT, IMC, ACT etc.) existieren bestimmte Kernmaßnahmen, die implementiert werden müssen: multidisziplinäres Team von Expertinnen und Experten in pharmakologischer und psychotherapeutischer (Krisen-)Intervention, das alle bedarfs- und diagnosespezifischen, evidenzbasierten Interventionen zum frühestmöglichen Zeitpunkt anbietet, einschließlich Einzel-, Gruppen-, Familienpsychotherapie. Weiterhin sollten ein günstiges Betreuer-Patienten-Zahlenverhältnis, eine hochfrequente 1-zu-1-Kontaktbetreuung, eine 24-Stunden-Erreichbarkeit mit Krisenintervention, eine kontinuierliche Betreuung („open end“), eine No-drop-out-Strategie, Shared-Decision-Making und Peer-to-peer Counselling integrativ in ein regionales Netzwerk zur Früherkennung von psychischen Erkrankungen eingegliedert sein.
		Schöttle et al. (2014)	ACCESS-II-Studie Eppendorf	115 Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie- oder Bipolar-I-Erkrankung	EPFQ, BPRS, CGI, GAF, Q-LES-Q18, CSQ-8	Alle Follow-up-Untersuchungen zeigten Verbesserungen in der Psychopathologie, der Krankheitsschwere, dem globalen Funktionsniveau und der Lebensqualität. Dabei wurden

Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Datenquelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
						stärkere Verbesserungen in der Psychopathologie und in der Lebensqualität mit mittleren bis großen Effekten bei Bipolar-I-Erkrankungen mit psychotischen Symptomen beobachtet.
		Schöttle et al. (2015)	3-Jahres-Follow-up zu ACCESS-II-Studie Eppendorf	115 Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie und bipolarer Erkrankung, Mehrfacherkrankte, Alter: 12-29 Jahre	BPRS, CGI, GAF, Q-LES-Q18, CSQ-8	Im Verlauf der 3-jährigen Behandlung kam es zu signifikanten Verbesserungen in den Bereichen Psychopathologie (BPRS), Krankheitschwere (CGI-S, CGI-BP), Funktionsniveau (GAF), Lebensqualität (Q-LES-Q-18) und Behandlungszufriedenheit (CSQ-8). Am 3-Jahres-Endpunkt wurden in der BD- im Vergleich mit der SSD-Gruppe größere Verbesserungen in der Psychopathologie und der Lebensqualität festgestellt. Nach 36 Monaten wiesen 87 (75,7 %) Patientinnen und Patienten eine volle medikamentöse Adhärenz auf im Vergleich zu 29 Patientinnen und Patienten (25,2 %) zu Beginn (McNemar-Test, $p < 0,001$ ), es waren signifikant mehr Patientinnen und Patienten beschäftigt als zu Beginn der Behandlung ( $n = 38, 33,0 \%$ vs. $n = 21, 18,3 \%$ zu Beginn, McNemar-Test, $p < 0,001$ ).
Modell 3	Niedersachsen	Bramesfeld et al. (2013)	Planung AO- vs. TAU-Studie	536 Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie/SMI	CSSRI, PACIC	Vorbericht über eine durchzuführende Studie
		Büchtemann et al. (2016)	AO- vs. TAU-Studie	insgesamt 318 Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie: 176 mit AO, 143 in der TAU-Gruppe	CSSRI, BPRS, GAF	Keines der getesteten Modelle zeigte einen signifikanten Effekt auf die Behandlung. Allerdings schien bei gleichzeitig vorliegender aufsuchender Behandlung (AO), stationärer Therapie und Hilfe bei der Lebensführung ein positiver Effekt auf die Zahl der stationären

Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Datenquelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
						Krankenhaustage, im Sinne einer Verringerung der stationären Behandlungstage, vorzuliegen.
		Fischer et al. (2014)	IV-Modell der DAK in Berlin, Brandenburg und Niedersachsen	1364 Patientinnen und Patienten mit SMI der DAK, 286 Patientinnen und Patienten mit F2-Diagnose, 724 Patientinnen und Patienten mit F3-Diagnose	CGI, GAF	Die Anzahl der Krankenhaustage war in 18 Monaten während IV niedriger als in 18 Monaten vor IV (11,8 vs. 28,6 Tage, $p < 0,001$ ), die Ausgaben für stationäre Behandlung signifikant geringer ( $5.929 \pm 13.837$ Euro vs. $2.458 \pm 6.940$ Euro, $p < 0,001$ ), die Gesamtausgaben veränderten sich jedoch nicht signifikant ( $7.777 \pm 14.263$ Euro vs. $7.321 \pm 7.910$ Euro, $p = 0,65$ ). Die erhebliche Einsparung bei den stationären Ausgaben wurde durch die Mehrausgaben bei Medikamenten und die Ausgaben der ambulanten Komplexleistungen aufgehoben.
		Jürgensen et al. (2014)	Primärstudie	6 Fokusgruppendifkussionen mit 32 Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie (F2-Diagnosen) und 3 Fokusgruppen mit 17 Angehörigen entweder aus der Region mit IV-Modell oder aus einer Kontrollregion (KG) ohne IV-Modell	Befragung	In der Wahrnehmung vorhandener Versorgungs- und Unterstützungsangebote und insbesondere auch im Umgang mit Krisensituationen zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Patientinnen und Patienten/Angehörigen der IV- vs. Kontrollgruppe. Besonders diejenigen Patientinnen und Patienten der IV-Gruppe, die durch den ambulanten Pflegedienst versorgt wurden und in diesem Rahmen eine Bezugstherapeutin oder einen Bezugstherapeuten als feste Ansprechperson haben, äußerten eine große Zufriedenheit und beschrieben ein Gefühl von Sicherheit, das es ihnen ermöglichte, mit den Anforderungen des Alltags umzugehen.

Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Datenquelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
		Kerkemeyer et al. (2015)	AOK (I3G)	980 Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie in Niedersachsen	Beurteilung der Gesamtzahl der stationär-psychiatrischen Therapietage, der Frequenz der psychiatrischen stationären Wiederaufnahmen, der Schwere der psychotischen Symptome, Remissionsraten und der Lebensqualität anhand von CGI, GAF, PANSS-8, CDSS, CAN-EU	Studienprotokoll: prospektive Kohortenbeobachtungsstudie (2 Kontrollgruppen) mit Untersuchung zur Kosteneffektivität, Auswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Interventionsgruppe von Psychiatern aus der integrierten Versorgung, Auswahl der Patientinnen und Patienten der Kontrollgruppe 1 mit ähnlicher psychiatrischer und sozioökonomisch-geographischer Struktur, Kontrollgruppe 2 mit Patientinnen und Patienten in Standardversorgung durch nicht an IV-Modell beteiligten Psychiaterinnen und Psychiatern
		Mayer-Amberg et al. (2016)	AOK (I3G)	713 Versicherte der AOK mit F2-Diagnose	Untersuchung der Kontinuität von ambulanter Versorgung nach der Entlassung aus der stationären Versorgung, Wiederaufnahmerate, antipsychotische Polypharmazie, Zwangsmaßnahmen, Unterbrechung der Behandlung über 90 Tage, Case Management, Inklusion von Angehörigen in die Behandlung, Vorhandensein eines patientenzentrierten Psychoedukationsprogramms, Anzahl der Selbstmorde und der Selbstmordversuche	Mehr als die Hälfte (57,5 %) der Patientinnen und Patienten erhielt zeitgerecht eine ambulante Versorgung, d. h. innerhalb von 7 Tagen nach der Entlassung. In IV-Versorgung für Schizophrenie wurden 18,4 % der Patientinnen und Patienten innerhalb von 30 Tagen nach primärer Entlassung aus der Klinik wieder aufgenommen. In der IV-Versorgung erhielten 21,6 % der Patientinnen und Patienten zwei oder mehr Antipsychotika für mehr als 28 Tage. Innerhalb der IV-Versorgungsgruppe erhielten 80,0 % der Patientinnen und Patienten individuelle Betreuung nach dem „key carer“-System. In der IV-Gruppe fand sich eine dokumentierte Suizidrate von 0,4 % für 2012.
		Preugschat und Poweleit (2013)	Zusammenfassung des IV-Modells der AOK I3G Care4S	-	Psychoedukation zur Sekundärprävention, Bezugstherapeutensystem und Case-Management (erreichbar 7 Tage/24 Stunden), Home-Treatment unter Beteiligung des multiprofessionellen Teams, Bereitstellung	Im April 2012 wurde das Versorgungskonzept ergänzend zu den ersten beiden Pilotregionen auf weitere Regionen Niedersachsens ausgeweitet. Eine flächendeckende Versorgung in Niedersachsen ist nunmehr

Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Datenquelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
					von Rückzugsräumen, partizipative Entscheidungsfindung, Soziotherapie mit rechtzeitiger Überleitung in rehabilitative Behandlungselemente, Angehörigenarbeit, Suizidprävention, Hilfeplanung und Ressourceneinsatz, regelmäßige Behandlungskonferenzen unter Einbezug des multi-professionellen Teams und individuelle Qualitätssicherungsmodule mit Schulungen und Qualitätszirkeln für die teilnehmenden Leistungserbringer	gewährleistet. Neben der Teilnahme der regionalen IV-Koordinatoren an sozial-psychiatrischen Verbänden ist es auch gelungen, erste Krankenhäuser als Vertragspartner zu gewinnen. 174 Leistungserbringer und -institutionen wirken aktuell mit und rund 850 Patientinnen und Patienten haben sich bereits eingeschrieben.
Modell 4	München	Hamann et al. (2014)	Primärstudie	Interventionsstudie von Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen (n = 219) und Psychosen (n = 210), die an einem integrierten Versorgungsprogramm teilgenommen haben.	Behandlungsdhärenz, die Hauptdeterminante für das Ergebnis war die Zahl der Hospitalisationstage während der Teilnahme am IV-Programm im Vergleich zu der Zahl vor der Teilnahme am IV-Programm.	Das IV-Versorgungsprogramm zeigte eine Abnahme der stationären Behandlungstage von ca. 75 % innerhalb des 18-monatigen Versorgungsgeschehens für beide Gruppen. In der Gruppe der Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen fielen die stationären Verweildauern von M = 47,1 Tagen auf M = 10,8 Tagen, in der Gruppe der Personen mit Psychosen von M = 62,2 Tagen auf M = 15,3 Tage während des 18-monatigen Verlaufes des Programms. Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen profitierten zusätzlich von einer besseren Symptomenkontrolle, einer gebesserten Lebensqualität und subjektiv gesteigerter Behandlungsdhärenz.
		Kissling (2008)	Compliance-Programm für schizophrenen und depressiv kranke Menschen	Zwischenauswertung mit 310 Patientinnen und Patienten mit F2- oder F3-Diagnose	Krankenhaustage und Behandlungskosten	Das Münchner Compliance-Programm hat mehr als 70 % der Krankenhaustage und mehr als 50 % der Kosten einsparen und gleichzeitig die Behandlungsqualität und die Patientenzufriedenheit steigern können: stationäre Behandlungstage 18 Monate vor Einschuss: 16.810, stationäre Behandlungstage

Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Datenquelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
						nach Einschluss: 4.811, Einsparung von 71 %, Einsparung pro Patientin oder Patient (Tagesatz von 250 Euro): 9.676 Euro, Einsparung pro Patientin oder Patient und Jahr: 6.451 Euro, Kosten des integrierten Versorgungsprogramms pro Jahr: 1.250 Euro, Nettoeinsparungen pro Patientin oder Patient und Jahr: 5.201 Euro.
		Von Tiedemann et al. (2011)	Primärstudie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Studie im Matched-Pair-Design</li> <li>▪ Die Stichprobe bestand aus 95 Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie in der IV-Gruppe der PIA vs. 95 Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie in der TAU-Gruppe</li> </ul>	Behandlungszufriedenheit, die medikamentöse Compliance, die medikamentöse Behandlung, Lebensqualität, Rückfallhäufigkeit, Anzahl früher Rückfälle und die stationäre Behandlungsdauer	Die Patientinnen und Patienten beider Gruppen zeigten eine gleichermaßen hohe Zufriedenheit mit der Behandlung und eine sehr gute medikamentöse Compliance. Die Lebensqualität wurde subjektiv in beiden Gruppen gleichermaßen recht hoch eingeschätzt, die objektive Lebensqualität war in beiden Gruppen im mittleren Ausmaß beeinträchtigt. In der IV-Gruppe waren signifikant häufiger sozialkomplementär angebunden. Es zeigte sich eine deutliche Abnahme der Rückfälle und der stationären Behandlungsdauer seit Eintritt in die IV-Gruppe. Allerdings war dies im Vergleichszeitraum in der Kontrollgruppe im selben Maße zu beobachten.
Modell global	global	Stierlin et al. (2014)	Bericht	18-monatige Multicenterstudie mit 250 Patientinnen und Patienten, die an integrierter Versorgung teilnehmen, verglichen mit 250 Patientinnen und Patienten mit TAU Behandlung aus 5 vergleichbaren Einzugsgebieten	primäres Ergebniskriterium ist die Verbesserung des Empowerments, sekundäre Ergebniskriterien sind die subjektive Lebensqualität, das Vorliegen von Funktionseinschränkungen und Krankheitskosten, aufgegriffen durch EPAS, WHO-QoL-BREF, CAN-EU, CSSRI, EQ-5D	Studienprotokoll: Prospektive Beobachtungsstudie. Schwer psychisch kranke Patienten aus Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen, Berlin, Sachsen und Bayern in einem IV-Modell mit Patienten mit Standardbehandlung über 18 Monate mit Zwischenauswertungen nach 6, 12 und 18 Monaten

Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Datenquelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
	Deutsch- land	Schmid et al. (2013)	systematischer Review	21 Projekte zu Regionalbudget und Integrierten Versorgungs- modellen zur sektorenübergrei- fenden Versorgung psychisch Kranker (alle F-Diagnosen nach ICD) in Deutschland	Kosten, Lebensqualität, Krankheitsschwere, Behandlungskontakte, SKID-II, CGI-S, Q-LES- Q-18, CSQ-8, SWAM, SWN-K, SES, MVSI, MLCI, Duration of Untreated Psychosis, traumatische Erlebnisse, Familienanam- nese, Suizidversuche, Nonadhärenz, Sub- stanzkonsum, Leistungsdaten, EQ-5D, SLOF, Auftreten von Frührezidiven, BARS	Im Hinblick auf klinisches Outcome gibt sich ein positives Bild der untersuchten Versor- gungsmodelle, in Bezug auf die Leistungsnut- zung ein uneinheitliches Bild. Die Datenlage ist uneinheitlich; welches Versorgungsmodell sich durchsetzen wird, ist noch unabsehbar.

ACT: Assertive Community Treatment, BPRS: Brief Psychiatric Ranking Scale, SWN-K: Subjective Well-being under Neuroleptics Scale Short Version, SWAM: Satisfaction with Antipsychotic Medication Scale, SOCRATES: Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale, MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, FLS: Functional Life Scale, GAF: Global Assessment of Functioning, CGI: Clinical Global Impression Scale, BLQP: Berlin Quality of Life Profile, SCID: Structured Clinical Interview for DSM, EPFQ: Early Psychosis File Questionnaire, MVSI: Modified Vocational Status Index, MLCI: Modified Location Code Index, Q-LES-Q-18: Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire 18, SES: Service Engagement Scale, CSQ-8P: Client Satisfaction Questionnaire 8 Patient Version, ICER: Incremental Cost Effectiveness Ratio, QALY: Quality Adjusted Life Years, CSSRI: Clinical Sociodemographic and Service Recipient Inventory, PACIC: Patient's assessment of Chronic Care, CDSS: Calgary Depression Scale for Schizophrenia, CAN-EU: Canbell Assessment of Need-European Version, WHO\_QoL-BREF: World Health Organisation Quality of Life Scale Short Version, EQ-5D: Euro Quality of Life 5 Dimensions, TAU: Treatment as usual, SMI: Severe Mental Illness, SKID-II: Strukturiertes Klinisches Interview DSM-IV, SLOF: Specific Level of Functioning Scale, BARS: Brief Adherence Rating Scale

### Charakteristika der eingeschlossenen Studien zu Modellen der integrierten Versorgung mit deskriptiver Darstellung

Studie	Herkunftsland	Art der Datenquelle	Ziel der Studie	Kernaussage
Holler et al. (2009)	Deutschland	Übersichtsarbeit	Erfassen von patientenbezogenen Optimierungsmöglichkeiten der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen durch integrierte Versorgungsmodelle	Integrierte Versorgungsmodelle erfüllen die gesetzten Erwartungen in Bezug auf Einbindung Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen in spezialisierten Versorgungszentren mit ambulanten, spezialisierten Leistungsformen. Steigende Nachfragezahlen nach IV-Programmen verdeutlichen eine steigende Patientenpräferenz. Die Kostenträger haben den positiven Einfluss von IV-Programmen auf die Lebensqualität der Betroffenen erkannt. Einbettung von IV-Modellen in den gemeindepsychiatrischen Dienst erleichtert Verbindung von Behandlung und psychosozialen Hilfen erheblich.
Moock et al. (2012)	Deutschland	Report	Darstellung der Perspektiven integrierter Versorgungsmodelle in Deutschland vor dem Hintergrund von strukturellen Versorgungsdefiziten und gesetzlichen Neuregelungen	Fach- und sektorenübergreifende Vernetzung des IV-Modells ermöglicht Nutzung von Synergismen bei gleichzeitiger Reduktion von Doppelstrukturen. Förderung von Kooperationen führt zu besserer Vernetzung unterschiedlicher Akteure (Gesundheitsprofessionen, Patientinnen und Patienten, Angehörige, Selbsthilfegruppen, Krankenkassen). Der Prozesscharakter von IV-Modellen ermöglicht kontinuierliche Weiterentwicklung.
Ruprecht und Klüsener (2010)	Deutschland	Report	Beurteilung der Planungsphase des IV-Modells „TK-NetzWerk psychische Gesundheit (NWpG)“	Das NWpG ist ein patientenzentriertes Versorgungsmodell mit persönlichen Ansprechpartnerinnen und -partnern, Koordinationsstellen zwischen Versicherten und Leistungserbringern (interprofessionell und fachgebietsübergreifend). Recovery und Inklusion sind wichtige Aspekte des Versorgungsprozesses, der regelmäßig re-evaluiert wird. Es besteht eine 24/7-Verfügbarkeit zur Absicherung des Hometreatments. Die Vergütung erfolgt personenbezogen pauschal. Die Behandlung erfolgt anhand von strukturierten individuellen Behandlungsplänen.
Schillen und Thiex-Krey (2012)	Deutschland	Report	Darstellung der Ergebnisse des Projektes „Optimierte Versorgung in der Psychiatrie (OVP)“ zur ambulanten psychiatrischen Akutversorgung	Eine „Ambulantisierung“ von bis dato stationären Leistungen im Bereich der Akutpsychiatrie erscheint möglich, ist aber diagnosekorreliert und langfristig zu planen (Depressionen). Eine Einbeziehung auch ambulanter KV-Leistungen erscheint sinnvoll. Ausdehnung des budgetierten Versorgungsrahmens in die Suchtbehandlung oder Gerontopsychiatrie ist nicht darstellbar. Das Versorgungsmodell der „Ambulantisierung“ stationärer Leistungen kollidiert unter Umständen mit IV-Modellen (Malusregelungen, Doppelstrukturen). Ambulante Akutbehandlung kann Effizienzgewinne für psychiatrische Krankenhäuser bedeuten.

Studie	Herkunftsland	Art der Datenquelle	Ziel der Studie	Kernaussage
Tophoven und Wessels (2013)	Deutschland	Übersichtsarbeit	Darstellung der Optionen zur vernetzten multi-professionellen und transsektoralen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen	Es sollten gesetzliche Rahmenbedingungen zur Bildung von Versorgungsnetzen für die integrierte und ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen geschaffen werden. Die Strukturen der Netze sollen regional unterschiedlich adaptiert an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten sein, die Vergütung ist entweder bundesweit oder regionalspezifisch geregelt. Es besteht Potenzial für Ausgabenverminderung im stationären Bereich bei gleichzeitigem Finanzierungsbedarf im ambulanten Versorgungsbereich. Die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen könnte nach dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse gefördert werden.

### Charakteristika der eingeschlossenen qualitativen Studien zur Patientenperspektive

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Erhebungsmethode	Datenanalyse	Teilnehmerinnen und Teilnehmer (n; Anzahl Frauen, Anzahl Männer; Durchschnittsalter/Range) oder Anzahl der Studien*	Sampling/Einschlusskriterien
Andreasson und Skärsäter (2012) **	Schweden	Beschreibung von Erfahrungen von Pflegekräften sowie Patientinnen und Patienten mit UK Early Intervention Services nach einer ersten psychotischen Episode	leitfadengestützte Einzelinterviews	phänomenologische Inhaltsanalyse	n = 12; 5 Frauen, 7 Männer; k. A./18-65	Purposive Sampling, muss in der Vergangenheit eingewiesen gewesen sein, mit psychotischer Störung diagnostiziert, fähig, die schwedische Sprache zu sprechen und zu verstehen
Beitinger et al. (2014) **	verschiedene Länder	Überblick zu Shared-Decision-Making bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis	Literaturrecherche nach qualitativen und quantitativen Studien (bis 2013)	narrativer Review der Studien vor 2012 und systematischer Review der Studien von Mai 2012 bis Oktober 2013	18 Studien (davon 4 qualitative Studien entsprechend der Einschlusskriterien für qualitative Studien, siehe Recherchebericht)	-

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Erhebungsmethode	Datenanalyse	Teilnehmerinnen und Teilnehmer (n; Anzahl Frauen, Anzahl Männer; Durchschnittsalter/Range) oder Anzahl der Studien*	Sampling/Einschlusskriterien
Cohen et al. (2016) <sup>+</sup>	USA	Beschreibung von Strategien zur Bewältigung von psychotischen Symptomen	leitfadengestützte Einzelinterviews/ Tiefeninterviews mit zwei oder drei Interviewzeitpunkten	qualitative Inhaltsanalyse mit Constant-comparison Approach und Axial Coding	n = 20; 10 Frauen, 10 Männer; 39,8 J./k. A.	Purposive Sampling und Auswahl nach dem Schneeballsystem; Einschlusskriterien: mindestens 21 Jahre alt, Diagnose Schizophrenie; im letzten Monat mindestens ein andauerndes Symptom ( $\geq$ Level 3) der Positive Negative Symptom Scale (PANSS), erwerbstätig oder Betreuerin/Betreuer oder Pflegerin/Pfleger von Kindern oder älteren Familienangehörigen oder Studentin/Student, beibehaltende Beschäftigung für 6 durchgehende Monate innerhalb der letzten 2 Jahre
Das et al. (2014) <sup>++</sup>	Großbritannien	Beschreibung von Einstellungen zu Depotmedikation	leitfadengestützte Interviews	Grounded Theory	n = 11; 5 Frauen, 6 Männer; 24 J./18-40	Purposive Sampling; Patientinnen und Patienten nehmen aktuell antipsychotische Depotmedikation, orale Antipsychotika und/oder nicht verschreibungspflichtige antipsychotische Medikation
Farone (2006) <sup>++</sup>	k. A.	Beschreibung von Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit sozialer Integration und Teilhabe	Literaturrecherche nach qualitativen Studien (keine Angaben zum Zeitraum der Suche)	k. A.	k. A. zur Anzahl der recherchierten Studien	-
Fenton et al. (2014) <sup>++</sup>	Großbritannien	Beschreibung von Erfahrung mit Krankenhausaufenthalten von jüngeren Patientinnen und Patienten bei Ersterkrankung	leitfadengestützte Einzelinterviews	interpretative phänomenologische Analyse (IPA)	n = 6; 1 Frau, 5 Männer; 24,5 J./18-33	k. A.

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Erhebungsmethode	Datenanalyse	Teilnehmerinnen und Teilnehmer (n; Anzahl Frauen, Anzahl Männer; Durchschnittsalter/Range) oder Anzahl der Studien*	Sampling/Einschlusskriterien
Gioia (2006) **	USA	Beschreibung von Erfahrungen mit einer Verzögerung in der (Wieder-)Aufnahme von Arbeit	leitfadengestützte Einzelinterviews als Teil eines Mixed-Methods-Ansatzes	qualitative Inhaltsanalyse nach Glaser und Strauss	n = 20; 10 Frauen, 10 Männer; 29,3 J./k. A.	Purposive Sampling; Alter 21 bis 31 Jahre, berufstätig vor der Ersterkrankung mit Schizophrenie, 19 von 20 erhielten eine Postdiagnose, die ihnen eine leistungsorientierte Arbeitsfähigkeit bestätigt, wohnhaft in nicht-institutionellen Einrichtungen in der Gemeinde
Gunnmo und Fatouros-Bergman (2011) **	Schweden	Beschreibung von Unterstützungsangeboten, die Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten im Alltag fördern	leitfadengestützte Einzelinterviews	Grounded Theory nach Glaser und Strauss	n = 7; 6 Frauen, 1 Mann; k. A. /33–66	freiwillige Teilnahme von Patientinnen und Patienten mit einer Krankheitsgeschichte Psychose und dem Fokus auf Schizophrenie
Hasson-Ohayon et al. (2016) +	Israel	Beschreibung von Erfahrungen zum Übergang vom stationären Aufenthalt in die ambulante Versorgung	leitfadengestützte Einzelinterviews	interpretative phänomenologische Analyse (IPA)	n = 15; 3 Frauen, 12 Männer; 45 J./26–64	k. A.; Einschlusskriterien: Diagnose Schizophrenie; mindestens einen stationären Aufenthalt mindestens 1 Jahr vor dem Interview
Holding et al. (2016) **	Großbritannien	Überblick zu Erfahrungen mit und Erwartungen an psychologische und psychosoziale Therapien	Literaturrecherche nach qualitativen und quantitativen Studien (bis 2013)	narrative Synthese nach Popay	35 Studien davon 19 mit qualitativen Methoden(anteil)	k. A.
Howe et al. (2014) **	Großbritannien	Beschreibung von Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit der Diagnose Schizophrenie	leitfadengestützte Einzelinterviews	interpretative phänomenologische Analyse (IPA)	n = 7; 4 Frauen, 3 Männer; 44 J./29–60	k. A.
Iyer et al. (2013) **	Kanada	Beschreibung von Erfahrungen und Einstellungen zur Depotmedikation	Fokusgruppen	qualitative Inhaltsanalyse nach Crabtree/Miller und Boyatzis	n = 34; 7 Frauen, 27 Männer; k. A./k. A.	Purposive Sampling

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Erhebungsmethode	Datenanalyse	Teilnehmerinnen und Teilnehmer (n; Anzahl Frauen, Anzahl Männer; Durchschnittsalter/Range) oder Anzahl der Studien*	Sampling/Einschlusskriterien
Jürgensen et al. (2014) **	Deutschland	Beschreibung der Wahrnehmung der psychiatrischer Versorgung von Patientinnen und Patienten nach Einführung eines regionalen Modells integrierter Versorgung und in einer Kontrollgruppe	Fokusgruppen	Inhaltsanalyse nach Mayring sowie anschließend kontrastierender Vergleich	n = 32 (IV-Gruppe n = 10; Kontrollgruppe n = 22); 17 Frauen, 15 Männer; 50,7 J./38–69 (IV-Gruppe), 47,2 J./33–67 (Kontrollgruppe)	Purposive Sampling
Kidd et al. (2016) +	Kanada	Beschreibung der Erfahrungen, Ansichten und Lebensräume von gesellschaftlicher Teilhabe von Patientinnen und Patienten in städtischen Gebieten	leitfadengestützte Einzelinterviews mit 3 Interviews innerhalb von 10 Monaten (am Anfang, in der Mitte und am Ende) sowie einem Rundgang/einer Rundfahrt durch die Nachbarschaft zusammen mit der Interviewerin / dem Interviewer	Grounded Theory	n = 30; 15 Frauen, 15 Männer; 45 J./28–62	Stratified Purposeful Sampling über Versorgungseinrichtungen; Berücksichtigung verschiedener ethnischer Gruppen, Wohnorte, Alter, Geschlecht und Hospitalisierungsverläufe
Kinter et al. (2009) **	Deutschland	Identifizierung und Beschreibung von patientenrelevanten Endpunkten in der medikamentösen Behandlung	Fokusgruppen	interpretative phänomenologische Analyse (IPA)	n = 30; k. A., k. A.; 36,6 J./k. A.	k. A.
Leutwyler und Wallhagen (2010) **	USA	Beschreibung des Verständnisses von Gesundheit bei älteren Patientinnen und Patienten	leitfadengestützte Einzelinterviews und teilnehmende Beobachtungen	Grounded Theory nach Glaser und Strauss	n = 28; 6 Frauen, 22 Männer; 61 J./55–76	Theoretical Sampling/Maximum Variation über Wohnsituation

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Erhebungsmethode	Datenanalyse	Teilnehmerinnen und Teilnehmer (n; Anzahl Frauen, Anzahl Männer; Durchschnittsalter/Range) oder Anzahl der Studien*	Sampling/Einschlusskriterien
Leutwyler et al. (2013) **	USA	Beschreibung des Verständnisses von gesundheitlichen Problemen bei älteren Patientinnen und Patienten	leitfadengestützte Einzelinterviews	Grounded Theory nach Glaser und Strauss	n = 28; 6 Frauen, 22 Männer; 61 J./55–76	Purposive Sampling
Liersch-Sumskis et al. (2015) **	Australien	Beschreibung von Erfahrungen bei der Einnahme von Antipsychotika	leitfadengestützte Einzelinterviews	psychophänomenologische Methode nach van Kaam	n = 14; keine weiteren Angaben	Purposive Sampling
Ljungberg et al. (2015) +	verschiedene Länder	Überblick zur Wahrnehmung von hilfreichen Beziehungen mit Gesundheitsprofessionen von Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen	Literaturrecherche nach qualitativen Studien (veröffentlicht nach 1990)	meta-ethnographische Synthetisierung nach Noblit und Hare (1988)	21 Studien (davon 9 Studien entsprechend der Einschlusskriterien für qualitativen Studien, siehe Recherchebericht)	-
Ljungberg et al. (2016) +	verschiedene Länder	Überblick zur Wahrnehmung von nicht hilfreichen Beziehungen mit Gesundheitsprofessionen von Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen	Literaturrecherche nach qualitativen Studien (veröffentlicht nach 1990)	thematische Analyse nach Braun und Clarke (2006)	17 Studien (davon 4 qualitative Studien entsprechend der Einschlusskriterien für qualitative Studien, siehe Recherchebericht)	-
Lorem et al. (2014) **	Norwegen	Beschreibung von Erfahrungen mit der Behandlung durch Antipsychotika in der Akutphase	narrative Einzelinterviews	narrative thematische Analyse	n = 9; 4 Frauen, 5 Männer; k. A./20–50	k. A.
Loughland et al. (2015) **	Australien	Beschreibung von Erfahrungen in Bezug auf die Kommunikation über die Diagnose Schizophrenie	leitfadengestützte Einzelinterviews	thematische Analyse nach Strauss und Corbin	n = 14; 5 Frauen, 9 Männer; k. A./33–65	Purposive Sampling; angeworben durch ambulante psychiatrische Dienste und die Australian Schizophrenia Research Bank

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Erhebungsmethode	Datenanalyse	Teilnehmerinnen und Teilnehmer (n; Anzahl Frauen, Anzahl Männer; Durchschnittsalter/Range) oder Anzahl der Studien*	Sampling/Einschlusskriterien
Mestdagh und Hansen (2014) **	Großbritannien, USA, Deutschland und weitere Länder	Beschreibung von Stigmaerfahrungen in der ambulanten Versorgung	Literaturrecherche nach qualitativen Studien (keine Angaben zum Zeitraum der Suche)	Analyse nach dem Qualitative Analysis Guide of Leuven auf Basis der Grounded Theory	18 Studien	-
NCCMH (2011: 27-46) ** ++	Großbritannien	Beschreibung von Erfahrungen hinsichtlich der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis	leitfadengestützte Interviews	qualitative Inhaltsanalyse	n = 31; 11 Frauen, 20 Männer; 42,5 J./26-62	Purposive (bzw. Maximum Variation) Sampling nach Coyne
Patel et al. (2016) *	Kanada	Beschreibung des Zusammenspiels von physischer Gesundheit und Teilhabe am Gemeinschaftsleben von Patientinnen und Patienten mit Psychosen in städtischen Lebensräumen	leitfadengestützte Einzelinterviews mit drei Interviews innerhalb von 10 Monaten (am Anfang, in der Mitte und am Ende) sowie einem Rundgang/einer Rundfahrt durch die Nachbarschaft zusammen mit der Interviewerin / dem Interviewer	Grounded Theory	n = 30; 15 Frauen, 15 Männer; 45 J./k. A.	Stratified Purposeful Sampling über Versorgungseinrichtungen; Berücksichtigung verschiedener ethnischer Gruppen, Wohnorte, Alter, Geschlecht und Hospitalisierungsverläufe
Phillips und McCann (2007) **	Großbritannien	Beschreibung von Erfahrungen mit ambulant verabreichter Depotmedikation	leitfadengestützte Interviews	qualitative Inhaltsanalyse nach Miles und Huberman	n = 10; 5 Frauen, 5 Männer; 46.5 J./k. A.	Zufallsauswahl aller Besucherinnen und Besucher einer Klinik, die sich bereit erklärten, an der Studie teilzunehmen

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Erhebungsmethode	Datenanalyse	Teilnehmerinnen und Teilnehmer (n; Anzahl Frauen, Anzahl Männer; Durchschnittsalter/Range) oder Anzahl der Studien*	Sampling/Einschlusskriterien
Poremski et al. (2016) <sup>+</sup>	Singapur	Beschreibung von Faktoren für die Adhärenz der Patientinnen und Patienten in der Behandlung von metabolischen Komorbiditäten	leitfadengestützte Einzelinterviews	Grounded Theory	n = 25; k. A., k. A.; k. A./k. A.	Theoretical Sampling über Versorgungseinrichtungen; Einschlusskriterien: 21 Jahre und älter, Diagnose von mindestens einer metabolischen Komorbidität
Saavedra et al. (2016) <sup>+</sup>	Spanien	Beschreibung der Bedeutung von Arbeit für den Recovery-Prozess der Patientinnen und Patienten	leitfadengestützte Einzelinterviews	Grounded Theory	n = 21; 13 Frauen, 8 Männer; 40 J./31–60	Purposive Sampling nach stabiler Symptomatik, regionaler Repräsentativität, Geschlechterverteilung, arbeitende und nicht arbeitende Patientinnen und Patienten
Salyers et al. (2013) <sup>++</sup>	USA	Beschreibung der aktiven Beteiligung an Entscheidungen in Therapie und Versorgung	narrative Einzelinterviews	iterative qualitative Inhaltsanalyse nach Crabtree und Miller	n = 46; 11 Frauen, 35 Männer, 48,7 J./k. A.	Teil eines Randomized Controlled Trial zu Krankheitsmanagement und Recovery
Stovell et al. (2016) <sup>+</sup>	Großbritannien	Beschreibung von Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit dem Prozess der Entscheidungsfindung für verschiedene Behandlungsalternativen	leitfadengestützte Einzelinterviews	interpretative phänomenologische Analyse (IPA)	n = 7; 3 Frauen, 4 Männer; 49 J./38–58	Rekrutierung über Community-Mental-Health-Teams, Early-Intervention-in-Psychosis-Teams und andere Organisationen im Bereich psychischer Erkrankungen; Einschlusskriterien: 18 bis 65 Jahre; Erfahrungen mit der Versorgung von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis; stabile psychische Verfassung
Sweers et al. (2013) <sup>++</sup>	Großbritannien	Beschreibung von Erfahrungen mit und Erwartungen an die Versorgung am Lebensende (end of life care)	leitfadengestützte Einzelinterviews	Grounded Theory nach Corbin und Strauss	n = 20; 8 Frauen, 12 Männer; 47,3 J./38–61	Purposive Sampling; Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie in Remission, Patientinnen und Patienten mit depressivem oder suizidalem Verhalten wurden ausgeschlossen

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Erhebungsmethode	Datenanalyse	Teilnehmerinnen und Teilnehmer (n; Anzahl Frauen, Anzahl Männer; Durchschnittsalter/Range) oder Anzahl der Studien*	Sampling/Einschlusskriterien
Topor und Di Girolamo (2010) **	Frankreich	Beschreibung von Erfahrungen mit der Versorgung in Krisensituationen	Fokusgruppen	Grounded Theory	n = 15, keine weiteren Angaben	freiwillige Teilnahme an der Studie
Tunner und Salzer (2006) **	USA	Beschreibung von Erfahrungen von Patientinnen und Patienten zur Qualität der Behandlung	Einzelinterviews	qualitative Inhaltsanalyse	n = 40; 22 Frauen, 18 Männer; 47,8 J./22–68	Zufallsauswahl aus Krankenakten zweier Leistungserbringer
Wade et al. (2016) +	verschiedene Länder	Überblick zu den Faktoren, die Patientinnen und Patienten für bestehende und fehlende Adhärenz bei Neuroleptika berichten	Literaturrecherche nach quantitativen, qualitativen und Mixed-Method-Studien (keine Einschränkung des Suchzeitraums)	k. A.	21 Studien (davon 4 qualitative Studien entsprechend der Einschlusskriterien für qualitative Studien, siehe Recherchebericht)	-
Walsh et al. (2016) +	verschiedene Länder	Überblick zu persönlichen Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit ihrer Erkrankung	Literaturrecherche nach qualitativen Studien (keine Einschränkung des Suchzeitraums)	meta-ethnographische Synthetisierung nach Noblit und Hare (1988)	27 Studien (davon 21 Studien entsprechend der Einschlusskriterien für qualitative Studien, siehe Recherchebericht)	-

k. A. = keine Angabe; J. = Jahre

\* Teilnehmerangaben bei Primärstudien, Anzahl der Studien bei systematischen Reviews

\*\* Im Rahmen der Entwicklung der NICE-Leitlinie zur „Service user experience in adult mental health“ wurde neben der erneuten Analyse von qualitativen Studien zur Patientenperspektive, die für die Erstellung anderer NICE-Leitlinien recherchiert wurden, und unter der Berücksichtigung der Ergebnisse von drei standardisierten Umfragen zu Patientenerfahrungen auch eine eigene qualitative Studie zu den Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie durchgeführt (NCCMH 2011 [2016]-b: 29). Für die Erstellung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells und der Ableitung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung wurde im Rahmen der Analyse zur Patientenperspektive die qualitative Primärstudie der Leitlinienautorinnen und -autoren separat von den Empfehlungen der Leitlinie berücksichtigt. Das Interviewmaterial und eine Charakterisierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer liegt unter <http://www.healthtalk.org/peoples-experiences/mental-health/experiences-psychosis> (abgerufen am: 11.05.2017) vor (NCCMH 2011 [2016]-b: 37/38 Table 11). Für die Extraktion wurden

die Darstellungen in Appendix 13 (NCCMH 2011: 27-46) verwendet. Hinweis zur Zitation: Sind die Ergebnisse der qualitativen Primärstudie gemeint, wird die Studie im Rahmen der Ergebnisse der anderen qualitativen Studien als (NCCMH 2011: 27-46) zitiert; sind die Empfehlungen der Leitlinie gemeint, so wird die Leitlinie als (NCCMH 2011 [2016]-b) im Text zitiert.

+ Qualitative Studie zur Patientenperspektive, die in der Aktualisierung der Recherche für die Konkretisierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung eingeschlossen wurde.

\*\* Qualitative Studie zur Patientenperspektive, die beim erneuten Volltext-Screening der bereits identifizierten qualitativen Studien für das verfahrensspezifische Qualitätsmodell für die Konkretisierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung eingeschlossen wurde.

## Literatur

- Abou-Setta, A; Mousavi, S; Spooner, C; Schouten, J; Pasichnyk, D; Armijo-Olivo, S; et al. (2012): First-Generation Versus Second-Generation Antipsychotics in Adults: Comparative Effectiveness. [Stand:] August 2012. (AHRQ [Agency for Healthcare Research and Quality] Comparative Effectiveness Review, Nr. 63). Edmonton: University of Alberta Evidence-based Practice Center. AHRQ Publication No. 12-EHC054-EF. URL: [http://effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/146/1054/CER\\_63\\_Antipsychotics%20in%20Adults\\_08-20-121.pdf](http://effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/146/1054/CER_63_Antipsychotics%20in%20Adults_08-20-121.pdf) (abgerufen am: 27.07.2016).
- Addington, D (2009): Best Practices: Improving quality of care for patients with first-episode psychosis. *Psychiatric Services* 60(9): 1164-1166. DOI: 10.1176/appi.ps.60.9.1164.
- Addington, DE; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2007): Performance measures for evaluating services for people with a first episode of psychosis. *Early Intervention in Psychiatry* 1(2): 157-167. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2007.00020.x.
- Addington, DE; McKenzie, E; Norman, R; Wang, J; Bond, GR (2013): Essential evidence-based components of first-episode psychosis services. *Psychiatric Services* 64(5): 452-457. DOI: 10.1176/appi.ps.201200156.
- Andreasson, E; Skärsäter, I (2012): Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: Basis for an action plan. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 19(1): 15-22. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01748.x.
- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2015): Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter [Konzeptskizze]. Stand: 13.10.2015. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-032. URL: [https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua\\_de/Projekte/413\\_Ambulante\\_Psychotherapie/Konzeptskizze\\_Ambulante\\_Psychotherapie.pdf](https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/413_Ambulante_Psychotherapie/Konzeptskizze_Ambulante_Psychotherapie.pdf) (abgerufen am: 18.09.2017).
- Barnes, TRE; BAP [British Association for Psychopharmacology, Schizophrenia Consensus Group] (2011): Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology* 25(5): 567-620. DOI: 10.1177/0269881110391123.
- Bäumli, J; Froböse, T; Kraemer, S; Rentrop, M; Pitschel-Walz, G (2006): Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin* 32(Suppl. 1): S1-S9. DOI: 10.1093/schbul/sbl017.
- Bebbington, PE; Angermeyer, M; Azorin, J-M; Brugha, T; Kilian, R; Johnson, S; et al. (2005): The European Schizophrenia Cohort (EuroSC): a naturalistic prognostic and economic study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 40(9): 707-717. DOI: 10.1007/s00127-005-0955-5.

- Becker, T (2014): Wo ist der Fortschritt in der Therapie, Rehabilitation und Versorgung psychisch erkrankter Menschen? *Schizophrenie – Mitteilungsorgan der gfts [Gesellschaft zur Förderung empirisch begründeter Therapieansätze bei schizophrenen Menschen]* 30(September): 44-57. URL: [http://www.gfts.de/PublgftsNr30\\_Druckfassung.pdf](http://www.gfts.de/PublgftsNr30_Druckfassung.pdf) (abgerufen am: 18.08.2016).
- Beitinger, R; Kissling, W; Hamann, J (2014): Trends and perspectives of shared decision-making in schizophrenia and related disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 27(3): 222-229. DOI: 10.1097/YCO.000000000000057.
- Bock, T; Lambert, M (2013): Hamburger Modell. Entwicklungspotenziale der Krankenhausversorgung. *Nervenheilkunde* 32(5): 270-274.
- Boucher M; Nkansah E (2010): Atypical Antipsychotics for the Treatment of Schizophrenia: A Review of Combination Therapy and High-Dosing Strategies. [Stand:] 10.02.2010. Ottawa: CADTH [Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health], HTIS [Health Technology Inquiry Service]. URL: [https://www.cadth.ca/media/pdf/L0153\\_AAP\\_Dosing\\_Dual\\_Tx.pdf](https://www.cadth.ca/media/pdf/L0153_AAP_Dosing_Dual_Tx.pdf) (abgerufen am: 25.08.2016).
- Bramesfeld, A; Ungewitter, C; Böttger, D; El Jurdi, J; Losert, C; Kilian, R (2012): What promotes and inhibits cooperation in mental health care across disciplines, services and service sectors? A qualitative study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 21(1): 63-72. DOI: 10.1017/S2045796011000539.
- Bramesfeld, A; Moock, J; Kopke, K; Büchtemann, D; Kästner, D; Radisch, J; et al. (2013): Effectiveness and efficiency of assertive outreach for Schizophrenia in Germany: Study protocol on a pragmatic quasi-experimental controlled trial. *BMC: Psychiatry* 13: 56. DOI: 10.1186/1471-244X-13-56.
- Brown, C (2012): Occupational therapy practice guidelines for adults with serious mental illness. Maryland, US-MD: American Occupational Therapy. ISBN: 978-1-56900-331-2.
- Buchanan, RW; Kreyenbuhl, J; Kelly, DL; Noel, JM; Boggs, DL; Fischer, BA; et al. (2010): The 2009 Schizophrenia PORT Psychopharmacological Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin* 36(1): 71-93. DOI: 10.1093/schbul/sbp116.
- Büchtemann, D; Kästner, D; Warnke, I; Radisch, J; Baumgardt, J; Giersberg, S; et al. (2016): Hospital utilization outcome of an assertive outreach model for schizophrenic patients – results of a quasi-experimental study. *Psychiatry Research* 241: 249-255. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.05.012.
- CADTH [Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health] (2011): Optimal Use Recommendations for Atypical Antipsychotics: Combination and High-Dose Treatment Strategies in Adolescents and Adults with Schizophrenia. [Stand:] December 2011. (CADTH Optimal Use Report, Vol. 1, No. 1C). Ottawa: CADTH. URL: [https://www.cadth.ca/media/pdf/H0503\\_AAP\\_rec-report\\_e.pdf](https://www.cadth.ca/media/pdf/H0503_AAP_rec-report_e.pdf) (abgerufen am: 29.08.2016).
- Cañas, F; Alptekin, K; Azorin, JM; Dubois, V; Emsley, R; García, AG; et al. (2013): Improving treatment adherence in your patients with schizophrenia: The STAY initiative. *Clinical Drug Investigation* 33(2): 97-107. DOI: 10.1007/s40261-012-0047-8.

- Cohen, AN; Hamilton, AB; Saks, ER; Glover, DL; Glynn, SM; Brekke, JS; et al. (2016): How Occupationally High-Achieving Individuals With a Diagnosis of Schizophrenia Manage Their Symptoms. *Psychiatric Services* 68(4): 324-329. DOI: 10.1176/appi.ps.201600031.
- Cooper, SJ; Reynolds, GP; Barnes, TRE; England, E; Haddad, PM; Heald, A; et al. (2016): BAP guidelines on the management of weight gain, metabolic disturbances and cardiovascular risk associated with psychosis and antipsychotic drug treatment. *Journal of Psychopharmacology* 30(8): 717-748. DOI: 10.1177/0269881116645254.
- Crawford, MJ; Jayakumar, S; Lemmey, SJ; Zalewska, K; Patel, MX; Cooper, SJ; et al. (2014): Assessment and treatment of physical health problems among people with schizophrenia: national cross-sectional study. *British Journal of Psychiatry* 205(6): 473-477. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.142521.
- Danielsson, B; Collin, J; Jonasdottir Bergman, G; Borg, N; Salmi, P; Fastbom, J (2016): Antidepressants and antipsychotics classified with torsades de pointes arrhythmia risk and mortality in older adults – a Swedish nationwide study. *British Journal of Clinical Pharmacology* 81(4): 773-783. DOI: 10.1111/bcp.12829.
- Das, AK; Malik, A; Haddad, PM (2014): A qualitative study of the attitudes of patients in an early intervention service towards antipsychotic long-acting injections. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology* 4(5): 179-185. DOI: 10.1177/2045125314542098.
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Falkai, P Hrsg. (2013): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [Langfassung]. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-30269-5. URL: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-020I\\_S3\\_Psychosoziale\\_Therapien\\_10-2012.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020I_S3_Psychosoziale_Therapien_10-2012.pdf) (abgerufen am: 07.12.2018).
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2014): Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. *Nervenarzt* 85(11): 1419-1431. DOI: 10.1007/s00115-014-4202-8.
- Dixon, LB; Dickerson, F; Bellack, AS; Bennett, M; Dickinson, D; Goldberg, RW; et al. (2010): The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin* 36(1): 48-70. DOI: 10.1093/schbul/sbp115.
- Dixon, LB; Holoshitz, Y; Nossel, I (2016): Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: review and update. *World Psychiatry* 15(1): 13-20. DOI: 10.1002/wps.20306.
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege] (2009): Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück: DNQP. ISBN: 978-3-00-010559-3.
- Falkai, P; Reich-Erkelenz, D; Schmitt, A (2014): Von der Pathophysiologie zur Entwicklung von Leitlinien und neuen Behandlungskonzepten der Schizophrenie. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 82(4): 186-190. DOI: 10.1055/s-0033-1355935.

- Farone, DW (2006): Schizophrenia, community integration, and recovery: Implications for social work practice. *Social Work in Mental Health* 4(4): 21-36. DOI: 10.1300/J200v04n04 02.
- Fenton, K; Larkin, M; Boden, ZVR; Thompson, J; Hickman, G; Newton, E (2014): The experiential impact of hospitalisation in early psychosis: service-user accounts of inpatient environments. *Health & Place* 30: 234-241. DOI: 10.1016/j.healthplace.2014.09.013.
- Fischer, F; Hoffmann, K; Mönter, N; Walle, M; Beneke, R; Negenborn, S; et al. (2014): Kostenevaluation eines Modells der Integrierten Versorgung für schwer psychisch Kranke. *Gesundheitswesen* 76(2): 86-95. DOI: 10.1055/s-0033-1343438.
- Fleischhacker, WW; Arango, C; Arteel, P; Barnes, TRE; Carpenter, W; Duckworth, K; et al. (2014): Schizophrenia – time to commit to policy change. *Schizophrenia Bulletin* 40(Suppl. 3): S165-S194. DOI: 10.1093/schbul/sbu006.
- Gaebel, W; Janssen, B; Zielasek, J (2009): Mental health quality, outcome measurement, and improvement in Germany. *Current Opinion in Psychiatry* 22(6): 636-642. DOI: 10.1097/YCO.0b013e3283317c00.
- Gaebel, W; Wölwer, W (2010): Schizophrenie. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 50). Berlin: RKI [Robert Koch-Institut] [u. a.]. ISBN: 978-3-89606-194-2. URL: <http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Schizophrenie.pdf?blob=publicationFile> (abgerufen am: 25.07.2016).
- Gioia, D (2006): Examining Work Delay in Young Adults with Schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 9(3): 167-190. DOI: 10.1080/15487760600961543.
- Gouzoulis-Mayfrank, E; König, S; Koebeke, S; Schnell, T; Schmitz-Buhl, M; Daumann, J (2015): Trans-sector integrated treatment in psychosis and addiction. A randomized controlled study of a motivational, cognitive behavioral therapy program under standard hospital treatment conditions. *Deutsches Ärzteblatt International* 112(41): 683-691. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0683.
- Gunnmo, P; Fatouros-Bergman, H (2011): What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being. *International Journal Qualitative Studies Health Well-being* 6(1): 5412. DOI: 10.3402/qhw.v6i1.5412.
- Hamann, J; Mendel, R; Cohen, R; Heres, S; Ziegler, M; Buhner, M; et al. (2009): Psychiatrists' use of shared decision making in the treatment of schizophrenia: patient characteristics and decision topics. *Psychiatric Services* 60(8): 1107-1112. DOI: 10.1176/appi.ps.60.8.1107.
- Hamann, J; Heres, S; Seemann, U; Beitinger, R; Spill, B; Kissling, W (2014): Effects of an integrated care program for outpatients with affective or psychotic disorders. *Psychiatry Research* 217(1-2): 15-19. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.02.005.
- Härter, M; Kentgens, M; Brandes, A; Bock, T; Dirmaier, J; Erzberger, M; et al. (2012): Rationale and content of psychenet: the Hamburg Network for Mental Health. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 262(Suppl. 2): 57-63. DOI: 10.1007/s00406-012-0359-y.

- Härter, M; Brandes, A; Hillebrandt, B; Lambert, M (2015): psychenet – das Hamburger Netz psychische Gesundheit. *Psychiatrische Praxis* 42(Suppl. 1): S4-S8. DOI: 10.1055/s-0034-1387656.
- Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, WF; et al. (2012): World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 1: Update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. *World Journal of Biological Psychiatry* 13(5): 318-378. DOI: 10.3109/15622975.2012.696143.
- Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, WF; et al. (2013): World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *World Journal of Biological Psychiatry* 14(1): 2-44. DOI: 10.3109/15622975.2012.739708.
- Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, WF; et al. (2015): World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: Depression, Suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation. *World Journal of Biological Psychiatry* 16(3): 142-170. DOI: 10.3109/15622975.2015.1009163.
- Hasson-Ohayon, I; Lerer, G; Tuval-Mashiach, R; Shamir, E; Roe, D (2016): Having someone waiting for you outside: Transitions from psychiatric hospitalization to the community. *Psychosis* 8(3): 250-259. DOI: 10.1080/17522439.2016.1145731.
- Hemkendreis, B (2011): Ambulante psychiatrische Pflege (APP) im deutschsprachigen Raum. Erfahrungsaustausch zwischen Vertretern ambulanter psychiatrischer Pflege aus der Schweiz, Österreich und Deutschland. *Psychiatrische Pflege* 17(3): 130-132. DOI: 10.1055/s-0031-1279795.
- Holding, JC; Gregg, L; Haddock, G (2016): Individuals' experiences and opinions of psychological therapies for psychosis: A narrative synthesis. *Clinical Psychology Review* 43: 142-161. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.10.004.
- Holler, G (2009): Neuorientierung der psychiatrischen Behandlungsangebote im ambulanten Bereich durch integrierte Versorgung. In: Ziegenbein, M; Machleidt, W; Brüggemann, BR; Wessels, A; Haltenhof, H; Hrsg.: *Schizophrenie – Frühintervention und Langzeitbegleitung*. Lengerich: Pabst Science Publishers, 295-316. ISBN: 9783899675849.
- Horvitz-Lennon, M; Volya, R; Donohue, JM; Lave, JR; Stein, BD; Normand, S-LT (2014): Disparities in quality of care among publicly insured adults with schizophrenia in four large U.S. states, 2002-2008. *Health Services Research* 49(4): 1121-1144. DOI: 10.1111/1475-6773.12162.
- Horvitz-Lennon, M; Volya, R; Garfield, R; Donohue, JM; Lave, JR; Normand, S-LT (2015): Where you live matters: Quality and racial/ethnic disparities in schizophrenia care in four state medicaid programs. *Health Services Research* 50(5): 1710-1729. DOI: 10.1111/1475-6773.12296.

- Howe, L; Tickle, A; Brown, I (2014): 'Schizophrenia is a dirty word': service users' experiences of receiving a diagnosis of schizophrenia. *Psychiatric Bulletin* 38(4): 154-158. DOI: 10.1192/pb.bp.113.045179.
- Hunt, GE; Siegfried, N; Morley, K; Sitharthan, T; Cleary, M (2013): Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10). Art. No.: CD001088. DOI: 10.1002/14651858.CD001088.pub3.
- IGES; Hrsg. (2014): Neurologische und psychiatrische Versorgung aus sektorenübergreifender Perspektive. [Stand:] 26.02.2014. Berlin: IGES. URL: [http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e8885/e10582/e10588/e10590/attr\\_objjs10593/IGES\\_NeurologischpsychiatrischeV\\_ersorgung\\_2014\\_WEB\\_ger.pdf](http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e8885/e10582/e10588/e10590/attr_objjs10593/IGES_NeurologischpsychiatrischeV_ersorgung_2014_WEB_ger.pdf) (abgerufen am: 18.09.2017).
- Iyer, S; Banks, N; Roy, M-A; Tibbo, P; Williams, R; Manchanda, R; et al. (2013): A qualitative study of experiences with and perceptions regarding long-acting injectable antipsychotics: part I – patient perspectives. *Canadian Journal of Psychiatry* 58(5 Suppl. 1): 14S-22S. DOI: 10.1177/088740341305805s03.
- Jørgensen, M; Mainz, J; Svendsen, ML; Nordentoft, M; Voldsgaard, I; Baandrup, L; et al. (2015): Improving quality of care among patients hospitalised with schizophrenia: a nationwide initiative. *British Journal of Psychiatry Open* 1(1): 48-53. DOI: 10.1192/bjpo.bp.115.000406.
- Jørgensen, M; Mainz, J; Johnsen, SP (2016): Admission Volume and Quality of Mental Health Care Among Danish Patients With Recently Diagnosed Schizophrenia. *Psychiatric Services* 67(5): 536-542. DOI: 10.1176/appi.ps.201500026.
- Jürgensen, M; Patzelt, C; Meyer, T (2014): „Dass man also frei bleibt, aber immer das Gefühl hat: Da ist diese Haltestange, die ich brauch.“ Integrierte Versorgung aus Sicht von Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung und ihrer Angehörigen. *Psychiatrische Praxis* 41(1): 29-36. DOI: 10.1055/s-0033-1343160.
- Kaiser, S; Berger, G; Conus, P; Kawohl, W; Müller, TJ; Schimmelmann, BG; et al. (2016): SGPP Behandlungsempfehlungen Schizophrenie. Version: Februar 2016. Bern [u. a.]: SGPP [Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie] [u. a.]. URL: <http://www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/behandlungsempfehlungen> [Download PDF: "Behandlungsempfehlungen Schizophrenie"] (abgerufen am: 05.07.2016).
- Karow, A; Reimer, J; König, HH; Heider, D; Bock, T; Huber, C; et al. (2012): Cost-Effectiveness of 12-Month Therapeutic Assertive Community Treatment as Part of Integrated Care Versus Standard Care in Patients With Schizophrenia Treated With Quetiapine Immediate Release (ACCESS Trial). *Journal of Clinical Psychiatry* 73(3): e402-e408. DOI: 10.4088/JCP.11m06875.
- Karow, A; Bock, T; Daubmann, A; Meigel-Schleiff, C; Lange, B; Lange, M; et al. (2014): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 2. Ergebnisse des 2- und 4-Jahres-Langzeitverlaufs. *Psychiatrische Praxis* 41(5): 266-273. DOI: 10.1055/s-0033-1349496.

- Kerkemeyer, L; Mostardt, S; Biermann, J; Wasem, J; Neumann, A; Walendzik, A; et al. (2015): Evaluation of an integrated care program for schizophrenia: concept and study design. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 265(2): 155-162. DOI: 10.1007/s00406-014-0508-6.
- Kidd, SA; Frederick, T; Tarasoff, LA; Virdee, G; Lurie, S; Davidson, L; et al. (2016): Locating community among people with schizophrenia living in a diverse urban environment. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 19(2): 103-121. DOI: 10.1080/15487768.2016.1162757.
- Killaspy, H; Marston, L; Omar, RZ; Green, N; Harrison, I; Lean, M; et al. (2013): Service quality and clinical outcomes: An example from mental health rehabilitation services in England. *British Journal of Psychiatry* 202(1): 28-34. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.114421.
- Kinter, ET; Schmeding, A; Rudolph, I; dosReis, S; Bridges, JFP (2009): Identifying patient-relevant endpoints among individuals with schizophrenia: An application of patient-centered health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 25(1): 35-41. DOI: 10.1017/S0266462309090059.
- Kissling, W (2008): Das „Münchner Modell“ – Krankenkassen finanzieren Compliance-Programme. *PsychoNeuro* 34(9): 410-415. DOI: 10.1055/s-0028-1099271.
- 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. *Psychiatrische Praxis* 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.
- Lambert, M; Bock, T; Schöttle, D; Golks, D; Meister, K; Rietschel, L; et al. (2010): Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). *Journal of Clinical Psychiatry* 71(10): 1313-1323. DOI: 10.4088/JCP.09m05113yel.
- Lambert, M; Schöttle, D; Bock, T; Schulte-Markwort, M; Naber, D; Karow, A (2014a): Hamburger Modell der integrierten Versorgung von schwer erkrankten Psychosepatienten. *Psychotherapeut* 59(2): 95-99. DOI: 10.1007/s00278-014-1034-8.
- Lambert, M; Bock, T; Daubmann, A; Meigel-Schleiff, C; Lange, B; Lange, M; et al. (2014b): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 1. Rationalen, Behandlungsmodell und Ergebnisse der Vorstudie. *Psychiatrische Praxis* 41(5): 257-265. DOI: 10.1055/s-0033-1349497.
- Lambert, M; Schöttle, D; Ruppelt, F; Lüdecke, D; Sarikaya, G; Schulte-Markwort, M; et al. (2015): Integrierte Versorgung für erst- und mehrfacherkrankte Patienten mit schweren psychotischen Erkrankungen. 3-Jahres-Ergebnisse des Hamburger Modells. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 58(4-5): 408-419. DOI: 10.1007/s00103-015-2123-8.

- Lambert, M; Ruppelt, F; Rohenkohl, A; Karow, A; Gallinat, J; Wiedemann, K (2016): Langzeittherapie in der Schizophrenie. Erfolgreiche psychosoziale Re-Integration durch Integrierte Versorgung. *Psychopharmakotherapie* 23(2): 58-66.
- Large, M; Sharma, S; Compton, MT; Slade, T; Nielssen, O (2011): Cannabis use and earlier onset of psychosis. A systematic meta-analysis. *Archives of General Psychiatry* 68(6): 555-561. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.5.
- Laursen, TM; Nordentoft, M; Mortensen, PB (2014): Excess early mortality in schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology* 10: 425-448. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657.
- Lawrence, D; Kisely, S (2010): Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *Journal of Psychopharmacology* 24(4 Suppl.): 61-68. DOI: 10.1177/1359786810382058.
- Leucht, S; Arbter, D; Engel, RR; Kissling, W; Davis, JM (2009): How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Molecular Psychiatry* 14(4): 429-447. DOI: 10.1038/sj.mp.4002136.
- Leutwyler, HC; Wallhagen, MI (2010): Understanding physical health of older adults with schizophrenia: building and eroding trust. *Journal of Gerontological Nursing* 36(5): 38-45. DOI: 10.3928/00989134-20091103-99.
- Leutwyler, HC; Fox, PJ; Wallhagen, MI (2013): Medication adherence among older adults with schizophrenia. *Journal of Gerontological Nursing* 39(2): 26-34. DOI: 10.3928/00989134-20130109-02.
- Liersch-Sumskis, S; Moxham, L; Curtis, J (2015): Choosing to Use Compared to Taking Medication: The Meaning of Medication as Described by People Who Experience Schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care* 51(2): 114-120. DOI: 10.1111/ppc.12072.
- Ljungberg, A; Denhov, A; Topor, A (2015): The Art of Helpful Relationships with Professionals: A Meta-ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness. *Psychiatric Quarterly* 86(4): 471-495. DOI: 10.1007/s11126-015-9347-5.
- Ljungberg, A; Denhov, A; Topor, A (2016): Non-helpful relationships with professionals – a literature review of the perspective of persons with severe mental illness\*. *Journal of Mental Health* 25(3): 267-277. DOI: 10.3109/09638237.2015.1101427.
- Lorem, GF; Frafjord, JS; Steffensen, M; Wang, CEA (2014): Medication and participation: A qualitative study of patient experiences with antipsychotic drugs. *Nursing Ethics* 21(3): 347-358. DOI: 10.1177/0969733013498528.
- Loughland, C; Cheng, K; Harris, G; Kelly, B; Cohen, M; Sandhu, H; et al. (2015): Communication of a schizophrenia diagnosis: A qualitative study of patients' perspectives. *International Journal of Social Psychiatry* 61(8): 729-734. DOI: 10.1177/0020764015576814.

- Mayer-Amberg, N; Woltmann, R; Walther, S (2016): An Integrated Care Initiative to Improve Patient Outcome in Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry* 6(184). DOI: 10.3389/fpsyt.2015.00184.
- McGorry, P; Alvarez-Jimenez, M; Killackey, E (2013): Antipsychotic medication during the critical period following remission from first-episode psychosis. Less is more [Editorial]. *JAMA: Psychiatry* 70(9): 898-900. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.264.
- Mehl, S; Falkai, P; Berger, M; Löhr, M; Rujescu, D; Wolff, J; et al. (2016): Leitlinienkonforme psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit Schizophrenie. Eine normative Berechnung des benötigten Personalbedarfs. *Nervenarzt* 87(3): 286-294. DOI: 10.1007/s00115-015-0056-y.
- Mestdagh, A; Hansen, B (2014): Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 49(1): 79-87. DOI: 10.1007/s00127-013-0729-4.
- MOH [Ministry of Health, Singapore] Hrsg. (2011): Schizophrenia. [Stand:] July 2011. (MOH Clinical Practice Guidelines, 4/2011). Singapore: MOH. ISBN: 978-981-08-9516-7. URL: [https://www.moh.gov.sg/content/dam/moh\\_web/HPP/Doctors/cpg\\_medical/current/2011/Schizophrenia%20Pg1-56.pdf](https://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/HPP/Doctors/cpg_medical/current/2011/Schizophrenia%20Pg1-56.pdf) (abgerufen am: 01.09.2016).
- Moock, J; Koch, C; Kawohl, W (2012): Integrierte Versorgungskonzepte für psychisch erkrankte Menschen. *G+G Wissenschaft* 12(3): 24-34. URL: [http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_ggw/wido\\_ggwauufs3\\_0712.pdf](http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggwauufs3_0712.pdf) (abgerufen am: 12.09.2016).
- Mueser, KT; Deavers, F; Penn, DL; Cassisi, JE (2013): Psychosocial Treatments for Schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology* 9: 465-497. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620.
- Müller, H; Haag, I; Jessen, F; Kim, EH; Klaus, J; Konkol, C; et al. (2016): Kognitive Verhaltenstherapie und Assertive Community Treatment reduzieren die Anzahl stationärer Tage und verlängern die Zeit bis zu einer stationären Aufnahme bei schweren psychotischen Störungen. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 84(2): 76-82. DOI: 10.1055/s-0042-102055.
- Murray, JL; Lopez, AD (1996): The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020 [Summary]. Cambridge: Harvard School of Public Health; WHO [World Health Organization]; World Bank. ISBN: 0-9655466-0-8. URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41864/1/0965546608\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41864/1/0965546608_eng.pdf) (abgerufen am: 16.12.2016).

- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011): NICE Clinical Guideline CG136. Service user experience in adult mental health. Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services [*Appendix 13: Key problems – qualitative analyses matrix for each guideline and healthtalkonline*]. London: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/evidence/appendix-13-key-problems-qualitative-analyses-matrix-for-each-guideline-and-healthtalkonline-185085620> (abgerufen am: 16.12.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2016]-a): NICE Clinical Guideline CG120. Psychosis with Coexisting Substance Misuse. Assessment and Management in Adults and Young People [*Full Guideline*]. Leicester [u. a.]: [BPS] British Psychological Society [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-30-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg120/evidence/full-guideline-181586413> (abgerufen am: 28.07.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2016]-b): NICE Clinical Guideline CG136. Service user experience in adult mental health. Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services [*Full Guideline*]. [Stand:] December 2011. London: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/evidence/full-guideline-185085613> (abgerufen am: 06.07.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2012 [2016]): NICE Clinical Guideline CG133. Self-Harm: Longer-Term Management [*Full Guideline*]. Leicester [u. a.]: [BPS] British Psychological Society [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-41-3. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg133/evidence/full-guideline-184901581> (abgerufen am: 05.07.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2014 [2017]): NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and management [*Full Guideline*]. Updated Edition 2014. London: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565> (abgerufen am: 25.07.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2015): NICE Guideline NG10. Violence and Aggression. Short-term management in mental health, health and community settings [*Full Guideline*]. Updated Edition. Leicester [u. a.]: [BPS] British Psychological Society [u. a.]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/evidence/full-guideline-pdf-70830253> (abgerufen am: 20.12.2017).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2011a): NICE Clinical Guideline CG120. Treatment and support for people with psychosis who use drugs and/or alcohol [*Information for the public*]. [Stand:] 01.03.2011. Manchester: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg120/resources/treatment-and-support-for-people-with-psychosis-who-use-drugs-andor-alcohol-235288961989> (abgerufen am: 10.03.2017).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2011b): NICE Clinical Guideline CG133. Longer-term care and treatment of self-harm [*Information for the public*]. [Stand:] 01.11.2011. Manchester: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg133/resources/longerterm-care-and-treatment-of-selfharm-239629089733> (abgerufen am: 10.03.2017).

- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2011c): NICE Clinical Guideline CG136. Improving your experience of mental health services in the NHS [*Information for the public*]. [Stand:] 01.12.2011. Manchester: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/resources/improving-your-experience-of-mental-health-services-in-the-nhs-239823925189> (abgerufen am: 13.03.2017).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2014): NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults [*Information for the public*]. [Stand:] 01.02.2014. Manchester: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/resources/psychosis-and-schizophrenia-in-adults-248578083781> (abgerufen am: 20.08.2018).
- Nolting, HD; Leptien, S; Greupner, M; Assion, HJ; Beneke, R; Bottlender, R; et al. (2016): Schizophrenie-Versorgung gestalten – Plädoyer für ein nationales Versorgungsprogramm. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 21(1): 46-54. DOI: 10.1055/s-0035-1553433.
- Nordentoft, M (2007): Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Danish Medical Bulletin* 54(4): 306-369. URL: [http://www.danmedbul.dk/DMB\\_2007/0407/04-07-disputatser/DMB3963.pdf](http://www.danmedbul.dk/DMB_2007/0407/04-07-disputatser/DMB3963.pdf) (abgerufen am: 16.12.2016).
- Nordentoft, M; Mortensen, PB; Pedersen, CB (2011): Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives of General Psychiatry* 68(10): 1058-1064. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.113.
- OECD [Organisation for Economic Co-operation and Development] (2012): Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work. Paris: OECD Publishing. DOI: 10.1787/9789264124523-en.
- Olfson, M; Wall, M; Wang, S; Crystal, S; Liu, S-M; Gerhard, T; et al. (2016): Short-term Suicide Risk After Psychiatric Hospital Discharge. *JAMA: Psychiatry* 73(11): 1119-1126. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2016.2035.
- Patel, MX; Bishara, D; Jayakumar, S; Zalewska, K; Shiers, D; Crawford, MJ; et al. (2014): Quality of prescribing for schizophrenia: Evidence from a national audit in England and Wales. *European Neuropsychopharmacology* 24(4): 499-509. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2014.01.014.
- Patel, P; Frederick, T; Kidd, SA (2016): Physical health, community participation and schizophrenia. *Journal of Health Psychology* 13: 13. DOI: 10.1177/1359105316666654.
- Phillips, L; McCann, E (2007): The subjective experiences of people who regularly receive depot neuroleptic medication in the community. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 14(6): 578-586. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2007.01145.x.
- Pollmächer, T (2017): Hot Spot: Selbstbestimmung in der Psychiatrie (Patientenautonomie). In: Hauth, I; Falkai, P; Dreister, A; Hrsg.: *Psyche, Mensch, Gesellschaft: Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland: Forschung, Versorgung, Teilhabe*. Berlin: MMW [Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft], 155-161. ISBN: 978-3-95466-285-2.

- Poremski, D; Sagayadevan, VD; Wang, P; Lum, A; Subramaniam, M; Ann, CS (2016): The Impact of Stakeholder Preferences on Service User Adherence to Treatments for Schizophrenia and Metabolic Comorbidities. *PLoS ONE* 11(11): e0166171. DOI: 10.1371/journal.pone.0166171.
- Preugschat, F; Poweleit, N (2013): Integrierte Versorgung Schizophrenie der AOK Niedersachsen. Bericht über das Modell zur Umsetzung einer sektorenübergreifenden sozialpsychiatrischen Behandlung. *Nervenheilkunde* 32(5): 281-285.
- Rummel-Kluge, C; Kluge, M; Kissling, W (2013): Frequency and relevance of psychoeducation in psychiatric diagnoses: results of two surveys five years apart in German-speaking European countries. *BMC Psychiatry* 13: 170. DOI: 10.1186/1471-244X-13-170.
- Ruprecht, TM; Klüsener, J (2010): „Managed Care“ in der Psychiatrie? Das TK-„Netzwerk psychische Gesundheit“ als Modell für die integrierte Versorgung psychisch Kranker. *G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik* 4: 40-46. DOI: 10.5771/1611-5821-2010-4-40.
- Saavedra, J; López, M; Gonzáles, S; Cubero, R (2016): Does employment promote recovery? Meanings from work experience in people diagnosed with serious mental illness. *Culture, Medicine and Psychiatry* 40(3): 507-532. DOI: 10.1007/s11013-015-9481-4.
- Salize, HJ; Voß, E; Werner, A; Falkai, P; Hauth, I (2015): Behandlungspfade in der Versorgung von Patienten mit Schizophrenie und Depression. *Nervenarzt* 86(11): 1358-1370. DOI: 10.1007/s00115-015-4417-3.
- Salyers, MP; Matthias, MS; Sidenbender, S; Green, A (2013): Patient activation in schizophrenia: Insights from stories of illness and recovery. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 40(5): 419-427. DOI: 10.1007/s10488-012-0435-7.
- Schaffer, A; Sinyor, M; Kurdyak, P; Vigod, S; Sareen, J; Reis, C; et al. (2016): Population-based analysis of health care contacts among suicide decedents: identifying opportunities for more targeted suicide prevention strategies. *World Psychiatry* 15(2): 135-145. DOI: 10.1002/wps.20321.
- Schillen, T; Thiex-Krey, M (2012): Ambulante Behandlung durch die psychiatrische Klinik. *G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik* 4: 53-59. DOI: 10.5771/1611-5821-2012-4-53.
- Schmid, P; Steinert, T; Borbé, R (2013): Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. *Psychiatrische Praxis* 40(8): 414-424. DOI: 10.1055/s-0033-1343192.
- Schmidt-Kraepelin, C; Janssen, B; Gaebel, W (2009): Prevention of rehospitalization in schizophrenia: results of an integrated care project in Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 259(Suppl. 2): S205-S212. DOI: 10.1007/s00406-009-0056-7.
- Schöttle, D; Karow, A; Schimmelmann, BG; Lambert, M (2013): Integrated care in patients with schizophrenia: results of trials published between 2011 and 2013 focusing on effectiveness and efficiency. *Current Opinion in Psychiatry* 26(4): 384-408. DOI: 10.1097/YCO.0b013e328361ec3b.

- Schöttle, D; Schimmelmann, BG; Karow, A; Ruppelt, F; Sauerbier, A-L; Bussopulos, A; et al. (2014): Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia spectrum and bipolar I disorders: the 24-month follow-up ACCESS II study. *Journal of Clinical Psychiatry* 75(12): 1371-1379. DOI: 10.4088/JCP.13m08817.
- Schöttle, D; Ruppelt, F; Karow, A; Lambert, M (2015): Home Treatment – aufsuchende Behandlung im Hamburger Modell der Integrierten Versorgung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 65(3-4): 140-145. DOI: 10.1055/s-0034-1390424.
- Schultz, SH; North, SW; Shields, CG (2007): Schizophrenia: A Review. *American Family Physician* 75(12): 1821-1829. URL: <http://www.aafp.org/afp/2007/0615/p1821.pdf> (abgerufen am: 16.12.2016).
- SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2013): SIGN National Clinical Guideline 131. Management of schizophrenia [Full Guideline]. [Stand:] March 2013. Edinburgh: SIGN. ISBN: 978-1-905813-96-4. URL: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign131.pdf> (abgerufen am: 28.07.2016).
- SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2015): SIGN National Clinical Guideline 131. Managing schizophrenia. A booklet for patients, carers and their families. Large Print Edition. [Stand:] October 2015. Edinburgh: SIGN. ISBN: 978 1 909103 02 3. URL: <http://www.sign.ac.uk/pdf/pat131.pdf> (abgerufen am: 13.03.2017).
- Stengler, K; Kauffeldt, S; Theißing, A; Bräuning-Edelmann, M; Becker, T (2015): Medical and vocational rehabilitation in rehabilitation facilities for people with mental illnesses in Germany. *Nervenarzt* 86(5): 603-608. DOI: 10.1007/s00115-014-4207-3.
- Stierlin, AS; Herder, K; Helmbrecht, MJ; Prinz, S; Walendzik, J; Holzmann, M; et al. (2014): Effectiveness and efficiency of integrated mental health care programmes in Germany: study protocol of an observational controlled trial. *BMC: Psychiatry* 14: 163. DOI: 10.1186/1471-244X-14-163.
- Stovell, D; Wearden, A; Morrison, AP; Hutton, P (2016): Service users' experiences of the treatment decision-making process in psychosis: A phenomenological analysis. *Psychosis* 8(4): 311-323. DOI: 10.1080/17522439.2016.1145730.
- Sweers, K; Dierckx de Casterlé, B; Detraux, J; De Hert, M (2013): End-of-life (care) perspectives and expectations of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 27(5): 246-252. DOI: 10.1016/j.apnu.2013.05.003.
- Tan, AXN; Klainin-Yobas, P; Creedy, DK (2011): A comprehensive systematic review on the perception and experience of stigma among people with schizophrenia. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 9(27): 1132-1192. DOI: 10.11124/jbisrir-2011-158.

- Taylor, TL; Killaspy, H; Wright, C; Turton, P; White, S; Kallert, TW; et al. (2009): A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC: Psychiatry* 9: 55. DOI: 10.1186/1471-244X-9-55.
- Tiihonen, J; Wahlbeck, K; Lönnqvist, J; Klaukka, T; Ioannidis, JP; Volavka, J; et al. (2006): Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care after first hospitalisation due to schizophrenia and schizoaffective disorder: observational follow-up study. *BMJ – British Medical Journal* 333(7561): 224. DOI: 10.1136/bmj.38881.382755.2F.
- Tomita, A; Herman, DB (2015): The role of a critical time intervention on the experience of continuity of care among persons with severe mental illness after hospital discharge. *Journal of Nervous and Mental Disease* 203(1): 65-70. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000224.
- Tophoven, C; Wessels, T (2013): Let's get physical: Integrierte und teamorientierte Versorgung. *G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik* 2-3: 93-98. DOI: 10.5771/1611-5821-2013-2-3-93.
- Topor, A; Di Girolamo, S (2010): "You have to be careful who you talk to and what you say ..." – on psychosis and making rational choices. *Journal of Mental Health* 19(6): 553-561. DOI: 10.3109/09638237.2010.520366.
- Tran, K; Spry, C (2009): Group therapy in the treatment of schizophrenia: a review of the clinical effectiveness. [Stand:] 02.11.2009. Ottawa: CADTH [Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health], HTIS [Health Technology Inquiry Service]. URL: [https://www.cadth.ca/media/pdf/L0136\\_Group\\_Therapy\\_for\\_Schizophrenia\\_final.pdf](https://www.cadth.ca/media/pdf/L0136_Group_Therapy_for_Schizophrenia_final.pdf) (abgerufen am: 25.08.2016).
- Tunmer, TP; Salzer, MS (2006): Consumer perspectives on quality of care in the treatment of schizophrenia. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 33(6): 674-681. DOI: 10.1007/s10488-006-0050-6.
- Ungewitter, C; Böttger, D; El-Jurdi, J; Kilian, R; Losert, C; Ludwig, K; et al. (2013): Struktur und Kooperation in der Versorgung psychisch Kranker. *Nervenarzt* 84(3): 307-314. DOI: 10.1007/s00115-011-3433-1.
- van der Lee, A; de Haan, L; Beekman, A (2016): Schizophrenia in the Netherlands: Continuity of Care with Better Quality of Care for Less Medical Costs. *PLoS ONE* 11(6): e0157150. DOI: 10.1371/journal.pone.0157150.
- Van Duin, D; Franx, G; Van Wijngaarden, B; Van Der Gaag, M; Van Weeghel, J; Slooff, C; et al. (2013): Bridging the science-to-service gap in schizophrenia care in the netherlands: The schizophrenia quality improvement collaborative. *International Journal for Quality in Health Care* 25(6): 626-632. DOI: 10.1093/intqhc/mzt072.
- Von Tiedemann, T; Albus, M; Riedel, C; Küchenhoff, H (2011): Qualität der ambulanten Behandlung schizophrener Patienten. Integrierte Versorgung im Vergleich zur Standardbehandlung. *Psychopharmakotherapie* 18(6): 257-262.

- Wade, M; Tai, S; Awenat, Y; Haddock, G (2016): A systematic review of service-user reasons for adherence and nonadherence to neuroleptic medication in psychosis. *Clinical Psychology Review* 51: 75-95. DOI: 10.1016/j.cpr.2016.10.009.
- Walsh, J; Hochbrueckner, R; Corcoran, J; Spence, R (2016): The lived experience of schizophrenia: A systematic review and meta-synthesis. *Social Work in Mental Health* 14(6): 607-624. DOI: 10.1080/15332985.2015.1100153.
- Weinmann, S; Puschner, B; Becker, T (2009): Innovative Versorgungsstrukturen in der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie in Deutschland. *Nervenarzt* 80(1): 31-39. DOI: 10.1007/s00115-008-2616-x.
- Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.
- Wolfersdorf, M; Vogel, R; Vogl, R; Grebner, M; Keller, F; Purucker, M; et al. (2016): Suizid im psychiatrischen Krankenhaus: Ergebnisse, Risikofaktoren, therapeutische Maßnahmen. *Nervenarzt* 87(5): 474-482. DOI: 10.1007/s00115-016-0111-3.
- Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour (2012): Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour. (SNS Clinical Practice Guidelines: Avalia-t 2010/02). Santiago de Compostela: AVALIA-T [Galician Agency for Health Technology Assessment] [u. a.]. URL: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_481\\_Conducta\\_Suicida\\_Avaliat\\_compl\\_en.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl_en.pdf) (abgerufen am: 28.07.2016).
- Xia, J; Merinder, LB; Belgamwar, MR (2011): Psychoeducation for schizophrenia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). Art. No.: CD002831. DOI: 10.1002/14651858.CD002831.pub2.

## Anhang B.3: Recherchierte gängige Fragebögen aus der Literatur

### Charakteristika der Fragebögen

Akronym (Referenzen)	Publikationsjahr	Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler	Lizenzbedingung	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
<b>diagnosespezifische Fragebögen für Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie</b>								
ASC-SR (Dott et al. 2001) (Dassori et al. 2003)	2001	Approaches to Schizophrenia Communication (ASC) Steering Group	k. A.	k. A.	Erwachsene mit Schizophrenie, die Psychopharmaka einnehmen	Nebenwirkungen der Psychopharmaka	verschiedene Arten von Nebenwirkungen bei der Einnahme von Psychopharmaka, u. a. Gewichtsveränderung, Unruhe, Konzentrationsschwierigkeiten, Schläfrigkeit	18
KASQ (Ascher-Svanum 1999)	1999	Ascher-Svanum, H.	k. A.	k. A.	Erwachsene, die an einem Psychoedukationsprogramm über Schizophrenie / schizoaffektive Störungen teilnehmen	Wissen der Patienten über ihre Erkrankung und den Umgang mit der Erkrankung	8 Domänen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnose</li> <li>▪ Prävalenz der Erkrankung</li> <li>▪ Krankheitsursachen</li> <li>▪ Verlauf und Prognose</li> <li>▪ medikamentöse Behandlung und Nebenwirkungen der Medikamente</li> <li>▪ nicht medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten</li> <li>▪ Stressfaktoren</li> <li>▪ Rechtsfragen</li> </ul>	25
MSLQ (Pukrop et al. 1999)	1999	Arbeitsgruppe „Lebensqualität“ (LQ) der „Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie“ (AMDP)	Informationen an den Erstautor (R. Pukrop) zu Publikationen, in denen MSLQ-Daten verwendet werden***	ja	Erwachsene, die wegen Depression oder Schizophrenie in stationärer Behandlung sind	gesundheitsbezogene Lebensqualität	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kernmodul mit 6 Subdimensionen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Allgemeine Lebensqualität</li> <li>▫ Gesundheit</li> <li>▫ Vitalität</li> <li>▫ Psychosozial</li> <li>▫ Ressourcen</li> </ul> </li> <li>▪ 4 spezifische Module: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Demographie</li> <li>▫ Familie</li> </ul> </li> </ul>	Kernmodul: 47

Akronym (Referenzen)	Publikationsjahr	Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler	Lizenzbedingung	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
							<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Partnerschaft</li> <li>▫ Beruf</li> </ul>	
PETIT (Voruganti und Awad 2000)	2000	Voruganti, L.N.P. Awad, A. G.	Kontaktaufnahme mit Autoren zu Einsatz und Auswertung des Fragebogens notwendig	k. A.	Erwachsene, die wegen Schizophrenie, einer schizoaffektiven Störung oder einer nicht bezeichneten Psychose medikamentös behandelt werden	gesundheitsbezogene Lebensqualität während Pharmakotherapie	12 Domänen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ psychisches Wohlbefinden</li> <li>▪ Stimmung</li> <li>▪ Antrieb und Aktivitäten</li> <li>▪ körperliche Funktionen</li> <li>▪ Selbstbewusstsein</li> <li>▪ Krankheitsbewältigung</li> <li>▪ Einschätzung der eigenen Wahrnehmung</li> <li>▪ Einschätzung der Kommunikationsfähigkeit</li> <li>▪ Stigma</li> <li>▪ Beziehungen und soziale Funktionalität</li> <li>▪ Befähigung zur Produktivität</li> <li>▪ Einstellungen gegenüber Medikation</li> </ul>	30
PRI (Chen et al. 2005)	2005	Chen, E.Y. H. Tam, D. K. P. Wong, J. W. S. Law, C. W. Chiu, C. P. Y.	k. A.	k. A.	Erwachsene, die wegen Schizophrenie seit mindestens 6 Monaten und maximal 2 Jahren behandelt werden	Genesung/Recovery nach der ersten psychotischen Episode	3 Hauptdomänen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Einstellung zur Krankheit (7)</li> <li>▪ Einstellung zur medikamentösen Behandlung (13)</li> <li>▪ Wahrnehmung von Genesung/Recovery und Rückfall (5)</li> </ul>	25
QOLM-S (Laliberte-Rudman et al. 2000) (Laliberte-Rudman et al. 2004)	2004	Laliberte-Rudman, D. Hoffman, L. Scott, E. Renwick, R.	k. A.	k. A.	Erwachsene, die wegen Schizophrenie behandelt werden	gesundheitsbezogene Lebensqualität	3 Hauptdomänen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sein (23)</li> <li>▪ Dazugehören (26)</li> <li>▪ Werden (16)</li> </ul>	65

Akronym (Referenzen)	Publikationsjahr	Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler	Lizenzbedingung	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
SQLS (Wilkinson et al. 2000)	2000	Wilkinson, G. Hesdon, B. Wild, D. Cookson, R. Farina, C. Sharma, V. Fitzpatrick, R., Jenkinson, C.	Fragebogen und weitere Unterlagen auf Nachfrage bei Autorinnen und Autoren erhältlich	k. A.	Erwachsene mit Schizophrenie, die an klinischen Studien/Interventionen teilnehmen	gesundheitsbezogene Lebensqualität	3 Domänen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ psychosoziales Funktionsniveau, inkl. emotionaler Probleme (15)</li> <li>▪ Motivation und Energie (7)</li> <li>▪ Symptome und Nebenwirkungen (8)</li> </ul>	30
SQLS-R4 (Isjanovski et al. 2016) (Martin und Allan 2007)	2007	Oxford Outcomes Ltd./Wild, D.	Nutzungserlaubnis durch Oxford Outcomes Ltd. (Teil der ICON Unternehmensgruppe, UK) notwendig	k. A.	Erwachsene mit Schizophrenie	gesundheitsbezogene Lebensqualität	2 Domänen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ psychosoziales Funktionsniveau, inkl. emotionale Probleme (22)</li> <li>▪ Kognition und Vitalität (11)</li> </ul>	33
S-QoL (Auquier et al. 2003)	Langversion: 2003 Kurzversion: 2010*	Langversion: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Auquier, P.</li> <li>▪ Lançon, C.*</li> </ul> Kurzversion: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Auquier, P.</li> <li>▪ Boyer, L.</li> <li>▪ Lancon, C.*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ frei für akademische Zwecke, die nicht durch Drittmittel gefördert werden</li> <li>▪ kommerzielle Nutzung und drittmittelgeförderte akademische Nutzung mit Gebühren*</li> </ul>	nein	Erwachsene (18 und älter) mit Schizophrenie	gesundheitsbezogene Lebensqualität	8 Domänen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ psychisches Wohlbefinden (10)</li> <li>▪ körperliches Wohlbefinden (4)</li> <li>▪ Selbstwertgefühl (6)</li> <li>▪ Beziehung zur Familie (5)</li> <li>▪ Beziehung zu Freunden (5)</li> <li>▪ Widerstandsfähigkeit/Resilienz (5)</li> <li>▪ Autonomie (4)</li> <li>▪ Gefühlsleben (2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Langversion: 41</li> <li>▪ Kurzversion: 18</li> </ul>
SRA (Wolters et al. 2003) (Wolters et al. 2006)	2006*	Wolters, H. A. Knegtering, R. Wiersma, D. van den Bosch, R. J.	frei*	ja	Erwachsene (18 Jahre und älter), die wegen Schizophrenie oder schizoaffektiver Störung mindestens 6 Wochen medikamentös behandelt werden	Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen wegen medikamentöser Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 8 Domänen:               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Erholung (24)</li> <li>◦ Gewichtszunahme (4)</li> <li>◦ sexuelle Anhedonie (3)</li> <li>◦ Sedierung (6)</li> <li>◦ affektive Verflachung (3)</li> <li>◦ extrapyramidale Symptome (5)</li> <li>◦ verringerte Geselligkeit (6)</li> <li>◦ gesteigertes Schlafbedürfnis (3)</li> </ul> </li> </ul>	74

Akronym (Referenzen)	Publikationsjahr	Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler	Lizenzbedingung	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
							<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sonstige Items (20), u. a.:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Erinnerungsfähigkeit</li> <li>▫ Emotionen</li> <li>▫ körperliche Reaktionen</li> </ul> </li> </ul>	
UKU-SERS-Pat (Lindström et al. 2001)	2001	UKU Working Group der Skandinavischen Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie (SCNP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ frei für akademische Zwecke</li> <li>▪ kommerzielle Nutzung mit Rücksprache der Entwickler<sup>1</sup></li> </ul>	nein	Erwachsene, die wegen Schizophrenie seit mindestens einem Jahr medikamentös behandelt werden	Nebenwirkungen der Psychopharmaka	4 Domänen möglicher Nebenwirkungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ psychische Funktionalität (10)</li> <li>▪ neurologische Symptome (9)</li> <li>▪ körperliche Nebenwirkungen wie Verstopfung, Übelkeit, Herzrhythmusstörungen (11)</li> <li>▪ weitere Nebenwirkungen wie Ausschlag, Gewichtsveränderung, Milchbildung, Sexualität (12) sowie separate Items für Männer (3) und Frauen (3)</li> </ul>	48
<b>psychiatrisch-generische Fragebögen für Patientinnen und Patienten mit (schweren) psychischen Erkrankungen</b>								
DAI-30 / DAI-10 (Hogan et al. 1983)	1983	Awad, A. G. Eastwood, R. Hogan, T. P.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ mit schriftlicher Genehmigung des Autors (T. P. Hogan) und Vereinbarung/Vertrag</li> <li>▪ Gebühren für kommerzielle Nutzung*</li> </ul>	ja*	Heranwachsende, Erwachsene, geriatrische Patientinnen und Patienten,* die medikamentös mit Psychopharmaka behandelt werden	subjektive Reaktionen auf Psychopharmaka und Adhärenz bei der medikamentösen Behandlung (inkl. Krankheitsbewältigung)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Domänen DAI-30*:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ subjektiv positive Effekte der Medikation (8)</li> <li>▫ subjektive negative Effekte der Medikation (6)</li> <li>▫ Gesundheit und Krankheit (3)</li> <li>▫ Ärzte (2)</li> <li>▫ Kontrollen (2)</li> <li>▫ Prävention und Schädigung (2)</li> </ul> </li> <li>▪ Domänen DAI-10*:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ subjektiv positive Effekte der Medikation (3)</li> <li>▫ subjektiv negative Effekte der Medikation (3)</li> <li>▫ Einstellung gegenüber Medikation (4)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ DAI-30: 30</li> <li>▪ DAI-10: 10</li> </ul>

Akronym (Referenzen)	Publikationsjahr	Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler	Lizenzbedingung	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
EPAS (Stierlin et al. 2014) (Kilian et al. [kein Datum])	2014	Arbeitsgruppe Versorgungsforschung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm (Projekt im Förderschwerpunkt zur versorgungsnahen Forschung Chronische Krankheiten und Patientenorientierung)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ frei für akademische Zwecke</li> <li>▪ für die kommerzielle Nutzung ist eine Lizenzvereinbarung mit der Universität Ulm notwendig***</li> </ul>	ja	Erwachsene mit affektiven und schizophrenen Störungen	Empowerment	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hauptmodul:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ tägliches Leben (6)</li> <li>▫ soziale Beziehungen und Sexualität (8)</li> <li>▫ Behandlung und Medikation (8)</li> <li>▫ Hoffnung und Selbstwirksamkeit (6)</li> <li>▫ Selbstwertgefühl und Akzeptanz der Erkrankung (5)</li> </ul> </li> <li>▪ optionale Module zu Erwerbstätigkeit (5) und für Eltern mit minderjährigen Kindern (5)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hauptmodul: 33</li> <li>▪ optionale Module: 10</li> </ul>
F-INK (Schützwohl 2017) (Schützwohl et al. 2017)	2017	Schützwohl, M. Souza, P. M. L. Rackel, Y.	Fragebogen kann beim Erstautor angefragt werden	ja	Erwachsene (18 und älter) mit psychischen Erkrankungen	Partizipation und soziale Inklusion von Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen	9 Module: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ soziodemographische Daten (6)</li> <li>▪ klinische und psychosoziale Daten (6)</li> <li>▪ Bildung und Ausbildung (2)</li> <li>▪ Arbeit und Beschäftigung (3)</li> <li>▪ Wohnsituation (6)</li> <li>▪ ökonomische Teilhabe (3)</li> <li>▪ Partizipation (4)</li> <li>▪ soziales Netzwerk (2)</li> <li>▪ Inklusion (13)</li> </ul>	45
ICF AT 50-Psych/ ICF AT 50-Psych Kurzform (Nosper 2008) (Ranft et al. 2011)	Langversion: 2008  Kurzform: 2011	Langversion: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nosper, M.</li> </ul> Kurzversion: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ranft, J.</li> <li>▪ Nosper, M.</li> <li>▪ Rüddel, H.</li> </ul>	k. A.	ja	Erwachsene mit psychischen Erkrankungen, die sich in einer psychosomatischen Rehabilitation befinden	Aktivitäten und Teilhabe bei Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen nach ICF	6 Subskalen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anforderungen erfüllen</li> <li>▪ soziale Beziehungen und Aktivitäten</li> <li>▪ verbale Kompetenz</li> <li>▪ Fitness und Wohlbefinden</li> <li>▪ Nähe in Beziehungen</li> <li>▪ soziale Rücksichtnahme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Langversion: 50</li> <li>▪ Kurzversion: 30</li> </ul>

Akronym (Referenzen)	Publikationsjahr	Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler	Lizenzbedingung	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
ICF-PsychA&P (Brütt et al. 2015)	2015	Brütt, A. L. Schulz, H. Andreas, S. Projekt im Förderschwerpunkt zur versorgungsnahen Forschung Chronische Krankheiten und Patientenorientierung	k. A.	ja	Erwachsene mit psychischen Erkrankungen, die sich in einer psychosomatischen/psychotherapeutischen Rehabilitation befinden	Aktivitäten und Teilhabe bei Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen nach ICF	6 Subskalen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Funktionsfähigkeit</li> <li>▪ Kommunikation</li> <li>▪ Mobilität</li> <li>▪ Beziehungen</li> <li>▪ Freizeit</li> <li>▪ Interaktion</li> </ul>	31
ILSS-SR (Wallace 1986) (Wallace et al. 2000)	1986	Psychiatric Rehabilitation Consultants Wallace C. J.	frei*	nein*	Erwachsene (20–65 Jahre)*	psychosoziales Funktionsniveau (inkl. Krankheitsbewältigung)*	12 Domänen*: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Körperhygiene (6)</li> <li>▪ Erscheinungsbild und Kleidung (6)</li> <li>▪ Umgang mit persönlichem Besitz und Wohnumfeld (6)</li> <li>▪ Essensvorbereitung (7)</li> <li>▪ Sorgfalt für die eigene Gesundheit und Sicherheit (7)</li> <li>▪ Umgang mit Geld (5)</li> <li>▪ Mobilität (5)</li> <li>▪ Freizeit und Erholungsaktivitäten (12)</li> <li>▪ Arbeitssuche (4)</li> <li>▪ Erwerbstätigkeit (3)</li> </ul>	61
IMET (Deck et al. 2006) (Deck et al. 2007b) (Deck et al. 2007a)	2006	Deck, R., Hüppe, A. Muche-Borowski, C. Mittag, O. Raspe, H.	urheberrechtlich geschützt und unter der Creative-Commons-Lizenz CC BY-NC-ND 3.0 verwendbar für Forschung und Lehre**	ja	Erwachsene, die sich in einer Rehabilitation befinden	Einschränkungen der Teilhabe nach ICF	9 Domänen mit jeweils einem Item: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aktivitäten des alltäglichen Lebens</li> <li>▪ familiäre und häusliche Verpflichtungen</li> <li>▪ Erledigungen außerhalb des Hauses</li> <li>▪ tägliche Aufgaben und Verpflichtungen</li> <li>▪ Erholung und Freizeit</li> <li>▪ soziale Aktivitäten</li> <li>▪ enge persönliche Beziehungen</li> <li>▪ Sexualleben</li> </ul>	9

Akronym (Referenzen)	Publikationsjahr	Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler	Lizenzbedingung	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
							<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stress und außergewöhnliche Belastungen</li> </ul>	
LFQ (Altshuler et al. 2002)	2002	Altshuler, L. Mintz, J. Leight, K.	frei*	nein*	Erwachsene (18 Jahre und älter)*	psychosoziales Funktionsniveau mit Schwerpunkt auf Arbeit und sozialen Rollen*	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Teil 1 – Soziale Rollen:*                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Pflichten bei der Arbeit (4)</li> <li>◦ Pflichten zu Hause (4)</li> <li>◦ Freizeit mit Familie (3)</li> <li>◦ Freizeit mit Freunden (3)</li> </ul> </li> <li>▪ Teil 2 – Arbeit (7)*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Teil 1: 14</li> <li>▪ Teil 2: 7</li> </ul>
MARS (Thompson et al. 2000) (Mahler et al. 2008)	2000	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ englische Version:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Thompson, K.</li> <li>◦ Kulkarni, J.</li> <li>◦ Sergeje, A. A.</li> </ul> </li> <li>▪ deutsche Version:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Mahler, C.,</li> <li>◦ Hermann, K.</li> <li>◦ Horne, R.</li> <li>◦ Ludt, S.</li> <li>◦ Haefeli, W. E.</li> <li>◦ Szecsenyi, J.</li> <li>◦ Jank, S.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ englische Version: frei für akademische Zwecke; kostenpflichtig für kommerzielle Nutzung mit direkter Kontaktaufnahme mit Elsevier*</li> <li>▪ deutsche Version: Nutzungserlaubnis ist direkt beim Drittautor einzuholen</li> </ul>	ja	Erwachsene mit psychischen Erkrankungen*, chronischen somatischen Erkrankungen sowie Erwachsene mit Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen	Adhärenz in der medikamentösen Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Einhalten der Absprachen zur Einnahme von Medikamenten (4)</li> <li>▪ Einstellung gegenüber der Einnahme von Medikamenten (4)</li> <li>▪ Nebenwirkungen (1)</li> <li>▪ Einstellung gegenüber Psychopharmaka (1)</li> </ul>	10
MuSK-S (Linden et al. 2007) (Linden 2014)	2014	Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation	Nutzungsrechte liegen beim Erstautor (Linden). Einsatz mit ordnungsgemäßer Zitation möglich.***	ja	Erwachsene mit psychischen Erkrankungen, die sich in einer psychosomatischen Rehabilitation befinden	Struktur und Qualität des sozialen Netzes über Unterstützung und Belastung durch Bezugspersonen	7 Hauptkategorien des sozialen Netzes: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Haushalt</li> <li>▪ weitere Familie</li> <li>▪ Arbeit/Ausbildung</li> <li>▪ Freunde</li> <li>▪ Freizeit</li> <li>▪ Nachbarschaft</li> <li>▪ andere Bezugspersonen</li> </ul>	24

Akronym (Referenzen)	Publikationsjahr	Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler	Lizenzbedingung	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
PEF-FB-9 (Härter et al. 2010) (Scholl et al. 2011)	2011	Härter, M. Dirmaier, J. Scholl, I., Kriston, L. Projekt im Förderschwerpunkt zur versorgungsnahen Forschung Chronische Krankheiten und Patientenorientierung	formale Genehmigung durch Entwickler notwendig	ja	Erwachsene mit chronischen (psychischen) Erkrankungen, für die mehrere Behandlungsmöglichkeiten vorliegen	partizipative Entscheidungsfindung	9 Prozesselemente der partizipativen Entscheidungsfindung mit jeweils einem Item: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entscheidung muss getroffen werden</li> <li>▪ Nachfrage zum Wunsch auf Beteiligung</li> <li>▪ Hinweis auf unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten</li> <li>▪ Vor- und Nachteile von Behandlungsmöglichkeiten</li> <li>▪ Hilfe bei Informationsverarbeitung</li> <li>▪ Nachfrage zur Präferenz für Behandlungsmöglichkeit</li> <li>▪ Abwägen unterschiedlicher Behandlungsmöglichkeiten</li> <li>▪ Auswahl der Behandlungsmöglichkeit</li> <li>▪ Vereinbarung zum weiteren Vorgehen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 9</li> <li>▪ optional: 2 offene Fragen zum Entscheidungskontext</li> </ul>
PFI (Feragne et al. 1983)	1983	Feragne, M. A. Longabaugh, R. Stevenson, J. F.	k. A.	k. A.	Erwachsene und Heranwachsende	psychosoziales Funktionsniveau	3 Hauptdomänen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ subjektives Wohlbefinden (26)</li> <li>▪ soziale Rollen (17)</li> <li>▪ zusätzliche Bereiche: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Stress (15)</li> <li>▫ Nutzung von Versorgungs- und Unterstützungsangeboten (17)</li> <li>▫ Zufriedenheit mit erhaltener Versorgung/Behandlung (4)</li> </ul> </li> </ul>	79

Akronym (Referenzen)	Publikationsjahr	Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler	Lizenzbedingung	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
PROMIS Item Bank v1.0 - Self-Efficacy for Managing Social Interactions (Gruber-Baldini et al. 2017) (NIH 2015) (NIH 2016)	2015	PROMIS Health Organization and PROMIS Cooperative Group	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ frei für einmalige akademische Zwecke</li> <li>▪ kostenpflichtig für kommerzielle Nutzung mit schriftlicher Zustimmung<sup>2</sup></li> </ul>	nein	Erwachsene (18 Jahre und älter) mit mindestens einer chronischen Erkrankung	Selbstvertrauen in Aufbau und Erhalt sozialer Beziehungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unterstützungsangebote und Hilfen (8)</li> <li>▪ soziale Aktivitäten (4)</li> <li>▪ soziale Beziehungen (5)</li> <li>▪ Kommunikation (6)</li> </ul>	23
QLI-MH (Becker et al. 1993)	1993	Becker, M. Diamond, R. Sainfort, F.	k. A.	k. A.	Erwachsene mit schweren chronischen psychischen Erkrankungen	gesundheitsbezogene Lebensqualität	<p>9 Domänen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen, u. a. Wohnumfeld, Essen, Kleidung, Versorgungs- und Unterstützungsangebote, allgemeine Lebenszufriedenheit (10)</li> <li>▪ Beschäftigung (6)</li> <li>▪ psychisches Wohlbefinden (12)</li> <li>▪ physische Gesundheit (12)</li> <li>▪ soziale Beziehungen (5)</li> <li>▪ finanzielle Situation (2)</li> <li>▪ Aktivitäten des täglichen Lebens (24)</li> <li>▪ Symptome (36)</li> <li>▪ Zielerreichung (6)</li> </ul>	113
RAS (Corrigan et al. 1999) (Corrigan et al. 2004) (McNaught et al. 2007)	2004	Corrigan, P.W. Giffort, D. Rashid, F. Leary, M. Okeke, I.  Corrigan, P.W. Salzer, M. Ralph, R. O. Sangster, Y. Keck, L.	k. A.	k. A.	Erwachsene mit schweren psychischen Erkrankungen	Genesung/Recovery	<p>5 Domänen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Selbstvertrauen und Hoffnung (9)</li> <li>▪ Ausrichtung auf Ziele und Erfolg (4)</li> <li>▪ Bereitschaft, um Hilfe zu fragen (3)</li> <li>▪ Verlass auf andere (5)</li> <li>▪ sich von den Symptomen nicht dominieren lassen (3)</li> </ul>	24

Akronym (Referenzen)	Publikationsjahr	Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler	Lizenzbedingung	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
		McNaught, M. Caputi, P. Oades, L.G. Deane, F.P.						
SFS2 (Birchwood et al. 1990)	1990	Birchwood, M. Smith, J. Cochrane, R. Witton, S. Copestake S.	mit schriftlicher Genehmigung des Autors und Gebühren für kommerzielle Unternehmen*	nein*	Erwachsene (16 und älter), die ambulant behandelt werden	soziales Funktionsniveau (inkl. Arbeit)	7 Domänen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ soziale Bindung/Rückzug (5)</li> <li>▪ zwischenmenschliche Kommunikation (4)</li> <li>▪ pro-soziale Aktivitäten (22)</li> <li>▪ Erholung (15)</li> <li>▪ Unabhängigkeits-Kompetenz (13)</li> <li>▪ Unabhängigkeits-Performance (13)</li> <li>▪ Arbeit/Beschäftigung (4)</li> </ul>	76
WHODAS 2.0 (Üstün et al. 2010)	2010	WHO	formale Genehmigung über Licensing WHO Classifications notwendig	ja	Erwachsene mit psychischen Erkrankungen	krankheitsbezogene Beeinträchtigungen auf Basis des ICF	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 6 Lebensbereiche: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Kognition – Verständnis und Kommunikation (6)</li> <li>▫ Mobilität (5)</li> <li>▫ gesundheitliche Selbstversorgung (4)</li> <li>▫ Umgang mit anderen Menschen (5)</li> <li>▫ Tätigkeiten des alltäglichen Lebens (8)</li> <li>▫ Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (8)</li> </ul> </li> <li>▪ zusätzliche Items: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Einschätzung zur Dauer der Beeinträchtigungen (3)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Langversion: 36</li> <li>▪ Kurzversion: 12</li> </ul>

Akronym (Referenzen)	Publikationsjahr	Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler	Lizenzbedingung	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
<b>verfahrensspezifische Fragebögen zur Messung der Qualität der psychiatrischen Versorgung von Patientinnen und Patienten</b>								
CEO-MHS (Oades et al. 2011)	2011	Consumer Evaluation of Mental Health Services (CEO-MHS) Project	k. A.	k. A.	Erwachsene (16 Jahre und älter) mit psychischen Erkrankungen, die stationär oder ambulant versorgt werden	Evaluierung von Versorgern	11 Domänen mit jeweils 4 Items: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stigma</li> <li>▪ Information und Aufklärung</li> <li>▪ Empowerment</li> <li>▪ Patientenbeteiligung</li> <li>▪ Medikation und Umgang mit Nebenwirkungen</li> <li>▪ Infrastruktur</li> <li>▪ Berücksichtigung von Patientenbedürfnissen</li> <li>▪ Umgang des Personals mit Patienten</li> <li>▪ Beziehung zu Gemeinschaft und Familie</li> <li>▪ Unterstützung bei Alltagspflichten</li> <li>▪ Umgang mit Diagnose</li> </ul>	44
OQ-45.2 (Lambert et al. 1996) (Lambert et al. 2002) (Haug et al. 2004) (Puschner et al. 2016)	1996 (englische Version) 2002 (deutsche Version)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ englische Version: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Umphress, V.</li> <li>▫ Hansen, N. B.</li> <li>▫ Vermeersch, D. A.</li> <li>▫ Clouse, G. C.</li> <li>▫ Yanchar, S. C.</li> </ul> </li> <li>▪ deutsche Version: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Lambert, M.J.</li> <li>▫ Burlingame, G.M.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ englische Version: Lizenzgebühren (über OQ Measures)</li> <li>▪ deutsche Version: k. A.</li> </ul>	ja	Erwachsene in psychotherapeutischer Behandlung	kontinuierliche Erfassung des Verlaufs und dem bisherigen Ergebnis von psychotherapeutischen Behandlungen bei psychischen Störungen für die Qualitätssicherung	3 Subskalen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Symptombelastung (25)</li> <li>▪ zwischenmenschliche Beziehungen (11)</li> <li>▪ soziale Integration (9)</li> </ul> Daraus eine Gesamtskala aus allen Items: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ allgemeine psychische Beeinträchtigung</li> </ul>	45

Akronym (Referenzen)	Publikationsjahr	Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler	Lizenzbedingung	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
NHS-Com (NHS et al. 2014) (Picker Institute Europe 2013) (Picker Institute Europe 2014) (Picker Institute Europe 2017)	2014	Picker Institute Europe on behalf of Care Quality Commission for surveys of the NHS patient survey programme for England	k. A.	nein	Erwachsene mit psychischen Problemen, die ambulant behandelt werden	Qualitätssicherung der ambulanten, psychiatrischen Versorgung in NHS Trusts	10 Themenblöcke: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Versorgung und Behandlung (3)</li> <li>▪ Umgang des Pflegepersonals und der Sozialarbeiter (3)</li> <li>▪ Organisation der Versorgung (4)</li> <li>▪ Planung der Versorgung (3)</li> <li>▪ Patientenbeteiligung an der Planung (3)</li> <li>▪ Wechsel von Ansprechpartnern (4)</li> <li>▪ Versorgung im Krisenfall (3)</li> <li>▪ Behandlungen (9)</li> <li>▪ Unterstützungsangebote (7)</li> <li>▪ allgemeine Einschätzung der Versorgung (2)</li> </ul> Soziodemographie (6)	47
NHS-In (CQC/NatCen 2009) (NHS 2009) (NatCen 2006) (NatCen 2007)	2009	Mental health survey coordination centre at the National Centre for Social Research for the Care Quality Commission for surveys of the NHS patient survey programme for England	k. A.	nein	Erwachsene (16–65 Jahre), die mindestens 48 Stunden stationär in einem Krankenhaus wegen psychischer Probleme behandelt wurden, jedoch zum Zeitpunkt der Befragung nicht im Krankenhaus behandelt werden	Qualitätssicherung der stationären, psychiatrischen Versorgung in NHS Trusts	7 Themenblöcke: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufnahme im Krankenhaus (3)</li> <li>▪ Unterbringung auf Station (11)</li> <li>▪ Umgang des psychiatrisches Fachpersonals (8)</li> <li>▪ Versorgung und Behandlungsmöglichkeiten Pharmakotherapie/Psychotherapie (inkl. Patientenbeteiligung) (12)</li> <li>▪ Patientenrechte (4)</li> <li>▪ Entlassung (8)</li> <li>▪ allgemeine Einschätzung des stationären Aufenthalts (1)</li> </ul> Soziodemographie (8)	55

Akronym (Referenzen)	Publikationsjahr	Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler	Lizenzbedingung	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
NRI / MHSIP (Ortiz und Schacht 2012)	2012	National Association of State Mental Health Program Directors Research Institute (NRI), USA	Krankenhäuser dürfen den Fragebogen für ihr internes Qualitätsmanagement nutzen	k. A.	Erwachsene und Heranwachsende, die wegen einer psychischen Erkrankung stationär behandelt wurden	Einschätzung der stationären psychiatrischen Behandlung	6 Domänen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ergebnismessung (4)</li> <li>▪ würdevoller Umgang (4)</li> <li>▪ Patientenrechte (3)</li> <li>▪ Beteiligung (3)</li> <li>▪ Empowerment (3)</li> <li>▪ Umfeld/Unterbringung auf Station (4)</li> <li>Soziodemographie (7)</li> </ul>	28
PES (Ihlevich et al. 1981)	1981	Ihlevich, D. Gleser, G. C. Gritter, G. W. Kroman, L. J. Watson, A. S.	k. A.	k. A.	Erwachsene mit psychischen Problemen, die stationär oder ambulant versorgt werden	kontinuierliche Erfassung des Verlaufs und des bisherigen Ergebnisses von psychotherapeutischen Behandlungen bei psychischen Störungen	7 Domänen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Familieninteraktion</li> <li>▪ Beschäftigung (Schule/Job/Haushaltsführung)</li> <li>▪ Zusammenleben mit anderen</li> <li>▪ Gefühle und Stimmungen</li> <li>▪ Freizeit</li> <li>▪ Bewältigung von Problemen</li> <li>▪ Selbstwertgefühl</li> </ul>	7
Psy-BaDo-PTM (von Heymann und Tritt 2014)	2014	Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik Qualitas GmbH (IQP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienten-Items bei Behandlungsbeginn und Behandlungsende sowie ISR-Test des IQP: frei für nicht-kommerzielle Nutzung; Nutzung für das IQTIG im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung nicht möglich; kommerzielle Anwender des ISR sind lizenzpflichtig***</li> </ul>	ja	Erwachsene mit psychischen Erkrankungen aus ICD-10 Kapitel F bei Aufnahme und Entlassung aus stationärer Behandlung	Etablierung einer einheitlichen, berufs- und sektorenübergreifenden Basisdokumentation aus den Basisdokumentationen verschiedener Versorgungsektoren (C/L-BaDo, DGPM-ambulant, DGPPN-BaDo, DGSS-BaDo, DRV-BaDo, IQP Psy-BaDo-PTM, Psycho-Onko-BaDo) für stationäre Behandlung	Ausschließlich bei der Patientin / dem Patienten erhobene Domänen bei Behandlungsbeginn: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Behandlungsempfehlung</li> <li>▪ Soziodemographie (u. a. Alter, Geschlecht, Nationalität, Wohnstatus, Familienstand, Bildung, Beruf, Erwerb/Einkommen, Arbeitsunfähigkeit)</li> <li>▪ Vorbehandlungen (stationäre/teilstationäre Aufenthalte und ambulante Behandlungen)</li> <li>▪ Behandlung mit Psychopharmaka vor Aufnahme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienten-Items bei Behandlungsbeginn: 28</li> <li>▪ Patienten-Items Ende der Behandlung: 23</li> <li>▪ ISR: 29</li> </ul>

Akronym (Referenzen)	Publikationsjahr	Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler	Lizenzbedingung	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Verwendung und Abrechnung lizenzpflichtiger Tests (z. B.: Mini-ICF, SCK-90-R) liegt in der Verantwortung des Nutzers</li> </ul>				<p>Ausschließlich bei der Patientin / dem Patienten erhobene Domänen bei Behandlungsende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fähigkeit Alltagspflichten zu übernehmen</li> <li>Zufriedenheit mit Behandlung über ZUF 8</li> <li>Veränderung in 11 Lebensbereichen zur Outcomebewertung (u. a. körperliche und psychische Befindungsstörung, Selbstwahrnehmung, soziale Probleme, privater und beruflicher Bereich, Krankheitsverständnis und Zukunftsorientierung)</li> </ul> <p>Index zur ICD-10-Symptom Rating (ISR) zur Outcomebewertung</p>	
ROQ-PW (Gigantesco et al. 2003)	2003	Gigantesco, A. Morosini, R. Bazzoni, A.	k. A.	nein	Erwachsene, die wegen einer psychischen Erkrankung stationär behandelt werden	Einschätzung der stationären psychiatrischen Behandlung	<p>10 Domänen mit jeweils einem Item:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Angemessenheit der Versorgung</li> <li>Verfügbarkeit des Personals</li> <li>Freundlichkeit und Höflichkeit des Personals</li> <li>Umgang mit agitierten Patienten</li> <li>Informationen über Gesundheitszustand</li> <li>Informationen über medikamentöse Behandlung</li> <li>Informationen über Behandlung nach der Entlassung</li> <li>Umfeld/Unterbringung auf Station</li> <li>Erholungsaktivitäten</li> <li>psychotherapeutische Gruppenaktivitäten</li> </ul> <p>Zusätzlich 2 Items nach Validierung hinzugefügt:</p>	12

Akronym (Referenzen)	Publikationsjahr	Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler	Lizenzbedingung	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
							<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ allgemeine Einschätzung des stationären Aufenthalts</li> <li>▪ Patientenbeteiligung</li> </ul>	
RSA (Barbic et al. 2015) (O'Connell et al. 2005) (Rosenberg et al. 2015) (Salyers et al. 2007) (Zuaboni et al. 2015)	2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ RSA:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ O'Connell, M.</li> <li>▫ Tondora, J.</li> <li>▫ Croog, G.</li> <li>▫ Evans, A.</li> <li>▫ Davidson, L.</li> </ul> </li> </ul>	k. A.	ja	Erwachsene, mit psychischen Erkrankungen, die sich in der Phase der Genesung/Recovery befinden	Einschätzung der Orientierung an Prinzipien der Genesung/Recovery durch Versorger	5 Domänen im RSA: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lebensziele (11)</li> <li>▪ Beteiligung (8)</li> <li>▪ Vielfältigkeit der Behandlungsmöglichkeiten (6)</li> <li>▪ Wahlmöglichkeiten/Patientenbeteiligung (6)</li> <li>▪ individuell abgestimmte Dienste (5)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ RSA: 36</li> </ul>

\* = entnommen aus ProQolid; \*\* = ZIDP; \*\*\* = laut Auskunft der Autorinnen/Autoren bzw. Entwicklerinnen/Entwickler; k. A. = keine Angabe

<sup>1</sup> entnommen aus SCNP (kein Datum); <sup>2</sup> entnommen aus NIH (kein Datum)

## Inhalte und deskriptive Bewertung der Fragebögen

Akronym (Referenzen)	Modus der Veränderungs- messung	Modus der Datenerfassung	Erinnerungsperiode und/oder Befragungszeitpunkt	Antwortmöglichkeiten/ Antwortskalen	Informationen zu psychometrischen Eigenschaften verfügbar?	Für eine Übernahme geeignet?
<b>diagnosespezifische Fragebögen für Menschen mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie</b>						
ASC-SR (Dott et al. 2001) (Dassori et al. 2003)	nein	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Befragungszeitpunkt: max. 2 Wochen vor Klinikbesuch	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ich hatte dieses Problem in letz- ter Zeit.</li> <li>▪ Ich möchte darüber mit einer Pflegerkraft oder einem Arzt sprechen.</li> </ul>	nein	nein
KASQ (Ascher-Svanum 1999)	indirekte Verän- derungsmessung	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Befragungszeitpunkte: vor Beginn des Psychoedukationsprogramms und nach Beendigung des Psychoedukationspro- gramms (nach dem 15. Treffen)	4-stufige Antwortskala	ja	nein
MSLQ (Pukrop et al. 1999)	nein	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Befragungszeitpunkt: ca. 2 Wochen vor Entlassung	k. A.	ja	nein
PETIT (Voruganti und Awad 2000)	nein	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Erinnerungsperiode: während der letzten Woche	häufig/manchmal/nie	ja	nein
PRI (Chen et al. 2005)	k. A.	selbstauszufüllender Papierfragebogen	k. A.	6-stufige Likertskala	ja	nein
QOLM-S (Laliberte-Rudman et al. 2000) (Laliberte-Rudman et al. 2004)	nein	selbstauszufüllender Papierfragebogen (zu- sätzlich interviewergestützter Fragebogen)	Erinnerungsperiode: unbestimmt	5-stufige Likertskala	ja	nein
SQLS (Wilkinson et al. 2000)	k. A.	selbstauszufüllender Papierfragebogen	k. A.	5-stufige Likertskala	ja	nein
SQLS-R4 (Isjanovski et al. 2016) (Martin und Allan 2007)	k. A.	selbstauszufüllender Papierfragebogen	k. A.	5-stufige Likertskala	ja	nein

Akronym (Referenzen)	Modus der Veränderungs-messung	Modus der Datenerfassung	Erinnerungsperiode und/oder Befragungszeitpunkt	Antwortmöglichkeiten/ Antwortskalen	Informationen zu psychometrischen Eigenschaften verfügbar?	Für eine Übernahme geeignet?
S-QoL (Auquier et al. 2003)	k. A.	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Erinnerungsperiode: aktuell	5-stufige Likertskala	ja	nein
SRA (Wolters et al. 2003) (Wolters et al. 2006)	nein*	selbstauszufüllender Papierfragebogen*	Erinnerungsperiode: während der letzten Woche*	nein/ja, etwas/ja, sehr*	ja	nein
UKU-SERS-Pat (Lindström et al. 2001)	k. A.	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Erinnerungsperiode kann durch Befragungsteam bestimmt werden („in den letzten ... Tagen/Wochen“)	4-stufige Antwortskala	ja	nein
<b>generische Fragebögen für Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen</b>						
DAI-30 / DAI-10 (Hogan et al. 1983)	nein	selbstauszufüllender Papierfragebogen*	Erinnerungsperiode: im Allgemeinen*	wahr/falsch*	ja*	nein
EPAS (Stierlin et al. 2014) (Kilian et al. [kein Datum])	indirekte Veränderungsmessung	selbstauszufüllender Papierfragebogen (zusätzlich interviewergestützter Fragebogen)	Befragungszeitpunkt: Baseline, nach 6/12/18 Monaten	5-stufige Antwortskala	ja	nein
F-INK (Schützwohl 2017) (Schützwohl et al. 2017)	nein	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Erinnerungsperiode Modul zur sozialen Partizipation: 4 Wochen vor Befragung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 4 Antwortmöglichkeiten im Modul soziale Partizipation: nahezu jeden Tag / mehrmals pro Woche / ca. einmal pro Woche / ca. 1- bis 2-mal im Monat / überhaupt nicht innerhalb der letzten 4 Wochen</li> <li>▪ 3 Antwortmöglichkeiten im Modul Inklusion: gar nicht / wenig / ziemlich / sehr</li> </ul>	ja	nein
ICF AT 50-Psych/ICF AT 50-Psych Kurzversion (Nosper 2008) (Ranft et al. 2011)	Kurzversion: indirekte Veränderungsmessung	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Kurzversion: Befragungszeitpunkte: Eingangs- und Enddiagnostik einer psychosomatischen Rehabilitation	k. A.	ja	nein

Akronym (Referenzen)	Modus der Veränderungs- messung	Modus der Datenerfassung	Erinnerungsperiode und/oder Befragungszeitpunkt	Antwortmöglichkeiten/ Antwortskalen	Informationen zu psychometrischen Eigenschaften verfügbar?	Für eine Übernahme geeignet?
ICF-PsychA&P (Brütt et al. 2015)	indirekte Verän- derungsmessung	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Befragungszeitpunkte: Beginn der stationären Behandlung, Ende der stationären Behandlung, 6 Monate nach Entlassung	5-stufige Likertskala	ja	nein
ILSS-SR (Wallace 1986) (Wallace et al. 2000)	nein	selbstauszufüllender Papierfragebogen (zusätzlich auch interviewgestützte Version für Patientinnen und Patienten mit Lese- schwäche verfügbar)*	Erinnerungsperiode: letzte 30 Tage*	ja/nein/trifft nicht zu*	ja*	nein
IMET (Deck et al. 2006) (Deck et al. 2007b) (Deck et al. 2007a)	indirekte Verän- derungsmessung	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Befragungszeitpunkte: vor Antritt der Re- habilitation und vier Monate nach der Maßnahme	11-stufige Likertskala	ja	nein
LFQ (Altshuler et al. 2002)	nein*	selbstauszufüllender Papierfragebogen*	Erinnerungsperiode*: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1. Teil – soziale Rollen: während des letzten Monats</li> <li>▪ 2. Teil - Arbeit: in den letzten 30 Ta- gen, während der letzten 6 Monate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 4-stufige Likertskala*</li> <li>▪ Offene Antworten*</li> <li>▪ Einsetzen von Zahlen*</li> <li>▪ Multiple Choice*</li> </ul>	Ja*	nein
MARS (Thompson et al. 2000) (Mahler et al. 2008)	nein	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Erinnerungsperiode: in der letzten Wo- che*	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ englische Version: ja/nein*</li> <li>▪ deutsche Version: 5-stufige Likertskala</li> </ul>	ja	nein
MuSK-S (Linden et al. 2007) (Linden 2014)	nein	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Erinnerungsperiode: aktuell	5-stufige Likertskala	ja	nein
PEF-FB-9 (Härter et al. 2010) (Scholl et al. 2011)	k. A.	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Erinnerungsperiode: Entscheidung zu verschiedenen Behandlungsmöglichkei- ten bei einem Arztbesuch	6-stufige Likertskala	ja	nein
PFI (Feragne et al. 1983)	k. A.	selbstauszufüllender Papierfragebogen (zu- sätzlich interviewergestützter Fragebogen)	Erinnerungsperiode: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ letzten 30 Tage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ nein/ja</li> <li>▪ häufig/manchmal/nie</li> <li>▪ 4- und 5 stufige Likertskala</li> </ul>	ja	nein

Akronym (Referenzen)	Modus der Veränderungs- messung	Modus der Datenerfassung	Erinnerungsperiode und/oder Befragungszeitpunkt	Antwortmöglichkeiten/ Antwortskalen	Informationen zu psychometrischen Eigenschaften verfügbar?	Für eine Übernahme geeignet?
			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ letzten 60 Tage bei Nutzung von Versorgungs- und Unterstützungsangeboten</li> </ul>			
PROMIS Item Bank v1.0 Self-Efficacy for Managing Social Interactions (Gruber-Baldini et al. 2017) (NIH 2015) (NIH 2016)	nein	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Erinnerungsperiode: aktuell	5-stufige Likertskala	ja	nein
QLI-MH (Becker et al. 1993)	k. A.	selbstauszufüllender Papierfragebogen	k. A.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aktivitäten des täglichen Lebens: 3-stufige Likertskala</li> <li>▪ Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen/physische Gesundheit: 5-stufige Likertskala</li> <li>▪ Allgemeine Lebenszufriedenheit: 7-stufige Likertskala</li> <li>▪ Offene Erfassung der Zielerreichung</li> </ul>	ja	nein
RAS (Corrigan et al. 1999) (Corrigan et al. 2004) (McNaught et al. 2007)	k. A.	selbstauszufüllender Papierfragebogen	k. A.	5-stufige Likertskala	ja	nein
SFS2* (Birchwood et al. 1990)	nein	selbstauszufüllender Papierfragebogen*	Erinnerungsperiode: letzte 3 Monate*	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ja/nein*</li> <li>▪ 4 und 5-stufige Likertskala*</li> <li>▪ Offene schriftliche Antworten*</li> </ul>	ja*	nein
WHODAS 2.0 (Üstün et al. 2010)	nein	selbstauszufüllender Papierfragebogen (zusätzlich interviewergestützter Fragebogen)	Erinnerungsperiode: letzte 30 Tage	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 5-stufige Likertskala</li> <li>▪ Offene Angabe für Anzahl von Tagen zur Einschätzung der Dauer der Beeinträchtigung</li> </ul>	ja	nein

Akronym (Referenzen)	Modus der Veränderungs- messung	Modus der Datenerfassung	Erinnerungsperiode und/oder Befragungszeitpunkt	Antwortmöglichkeiten/ Antwortskalen	Informationen zu psychometrischen Eigenschaften verfügbar?	Für eine Übernahme geeignet?
<b>verfahrensspezifische Fragebögen zur Messung der Qualität in der Versorgung</b>						
CEO-MHS (Oades et al. 2011)	unklar	selbstauszufüllender Papierfragebogen	k. A.	k. A.	ja	nein
OQ-45.2 (Lambert et al. 1996) (Lambert et al. 2002) (Haug et al. 2004) (Puschner et al. 2016)	indirekte Verän- derungsmessung	selbstauszufüllender Fragebogen am Com- puter	Befragungszeitpunkt: Therapiebeginn, ggf. Zwischenerhebung (in Abhängigkeit der Dauer der Validierungsstudie) und Therapieende	5-stufige Likertskala	ja	nein
NHS-Com (NHS et al. 2014) (Picker Institute Europe 2013) (Picker Institute Europe 2014) (Picker Institute Europe 2017)	nein	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Erinnerungsperiode: letzter Zeitpunkt, an dem Patient durch einen Mitarbeiter des NHS Mental Health Service versorgt wurde	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja (ggf. mit Abstufun- gen / Nein / Kann mich nicht er- innern</li> <li>▪ 4- und 5-stufige Likertskala</li> <li>▪ offenes Kommentarfeld</li> </ul>	nein	nein
NHS-In (CQC/NatCen 2009) (NHS 2009) (NatCen 2006) (NatCen 2007)	nein	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Erinnerungsperiode: letzter Kranken- hausaufenthalt	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja (ggf. mit Abstufun- gen / Nein /Kann mich nicht er- innern</li> <li>▪ 4- und 5-stufige Likertskala</li> <li>▪ offenes Kommentarfeld</li> </ul>	nein	nein
NRI / MHSIP (Ortiz und Schacht 2012)	k. A.	selbstauszufüllender Papierfragebogen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erinnerungsperiode: letzter Kranken- hausaufenthalt</li> <li>▪ Befragungszeitpunkt: nach der Entlas- sung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 5-stufige Likertskala</li> <li>▪ sowie Antwortmöglichkeit „nicht zutreffend“</li> </ul>	ja	nein
PES (Ihilevich et al. 1981)	indirekte Verän- derungsmessung	selbstauszufüllender Papierfragebogen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erinnerungsperiode: letzte 2 Wochen</li> <li>▪ Befragungszeitpunkt: zu Therapiebe- ginn und zu Therapieende</li> </ul>	5-stufige Antwortskala	ja	nein

Akronym (Referenzen)	Modus der Veränderungs- messung	Modus der Datenerfassung	Erinnerungsperiode und/oder Befragungszeitpunkt	Antwortmöglichkeiten/ Antwortskalen	Informationen zu psychometrischen Eigenschaften verfügbar?	Für eine Übernahme geeignet?
Psy-BaDo-PTM (von Heymann und Tritt 2014)	indirekte Verän- derungsmessung	selbstauszufüllender (Papier-)Fragebogen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Befragungszeitpunkt: zu Beginn und zum Ende der Behandlung</li> <li>▪ ISR-Test innerhalb der ersten 3 Tage nach Aufnahme und innerhalb der letzten 3 Tage der stationären Behandlung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ja/nein</li> <li>▪ 4-stufige Antwortskalen für ZUF 8</li> <li>▪ 6-stufige Likertskala plus Antwortmöglichkeit „war nicht mein Problem“ bei Veränderung in 11 Lebensbereichen</li> <li>▪ 5-stufige Likertskala für ISR-Test</li> </ul>	k. A.	nein
ROQ-PW (Gigantesco et al. 2003)	k. A.	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Befragungszeitpunkt: 6 bis 7 Tage nach stationärer Aufnahme	5-stufige Likertskala	ja	nein
RSA (Barbic et al. 2015) (O'Connell et al. 2005) (Rosenberg et al. 2015) (Salyers et al. 2007) (Zuaboni et al. 2015)	k. A.	selbstauszufüllender Papierfragebogen	k. A.	5-stufige Likertskala (+ Optionen „nicht zutreffend“ und „weiß ich nicht“)	ja	nein

\* = entnommen aus ProQolid

## Literatur

- Altshuler, L; Mintz, J; Leight, K (2002): The Life Functioning Questionnaire (LFQ): a brief, gender-neutral scale assessing functional outcome. *Psychiatry Research* 112(2): 161-182. DOI: 10.1016/S0165-1781(02)00180-4.
- Ascher-Svanum, H (1999): Development and Validation of a Measure of Patients' Knowledge About Schizophrenia. *Psychiatric Services* 50(4): 561-563. DOI: 10.1176/ps.50.4.561.
- Auquier, P; Simeoni, MC; Sapin, C; Reine, G; Aghababian, V; Cramer, J; et al. (2003): Development and validation of a patient-based health-related quality of life questionnaire in schizophrenia: the S-QoL. *Schizophrenia Research* 63(1-2): 137-149. DOI: 10.1016/S0920-9964(02)00355-9.
- Barbic, SP; Kidd, SA; Davidson, L; McKenzie, K; O'Connell, MJ (2015): Validation of the Brief Version of the Recovery Self-Assessment (RSA-B) Using Rasch Measurement Theory. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 38(4): 349-358. DOI: 10.1037/prj0000139.
- Becker, M; Diamond, R; Sainfort, F (1993): A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Quality of Life Research* 2(4): 239-251. DOI: 10.1007/bf00434796.
- Birchwood, M; Smith, J; Cochrane, R; Wetton, S; Copestake, S (1990): The Social Functioning Scale. The Development and Validation of a New Scale of Social Adjustment for use in Family Intervention Programmes with Schizophrenic Patients. *British Journal of Psychiatry* 157(6): 853-859. DOI: 10.1192/bjp.157.6.853.
- Brütt, AL; Schulz, H; Andreas, S (2015): Replikation der psychometrischen Gütekriterien des ICF-PsychA&P. *Rehabilitation* 54(1): 38-44. DOI: 10.1055/s-0034-1384600.
- Chen, EY; Tam, DK; Wong, JW; Law, CW; Chiu, CP (2005): Self-administered instrument to measure the patient's experience of recovery after first-episode psychosis: development and validation of the Psychosis Recovery Inventory. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 39(6): 493-439. DOI: 10.1111/j.1440-1614.2005.01609.x.
- Corrigan, PW; Giffort, D; Rashid, F; Leary, M; Okeke, I (1999): Recovery as a Psychological Construct. *Community Mental Health Journal* 35(3): 231-239. DOI: 10.1023/a:1018741302682.
- Corrigan, PW; Salzer, M; Ralph, RO; Sangster, Y; Keck, L (2004): Examining the Factor Structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin* 30(4): 1035-1041. DOI: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007118.
- CQC [Care Quality Commission]; NatCen [National Centre for Social Research] (2009): Mental health acute inpatient service users survey 2009 [*Patient survey report*]. Newcastle upon Tyne [u. a.]: CQC [u. a.]. URL: [http://www.nhssurveys.org/Filestore/documents/MH09\\_RTQ.pdf](http://www.nhssurveys.org/Filestore/documents/MH09_RTQ.pdf) (abgerufen am: 24.07.2017).
- Dassori, AM; Miller, AL; Weiden, PJ (2003): The Approaches to Schizophrenia Communication (ASC) Tool. Including the Patient Perspective in Treatment. *Disease Management & Health Outcomes* 11(11): 699-708. DOI: 10.2165/00115677-200311110-00002.

- Deck, R; Borowski, C; Mittag, O; Hüppe, A; Raspe, H (2006): IMET (Index zur Messung der Einschränkungen der Teilhabe) – Erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessmentinstruments [Poster 7 - 19]. 15. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. 13.-15.03.2006. Bayreuth. URL: [http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband\\_15\\_reha-kolloqu.pdf](http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_15_reha-kolloqu.pdf) (abgerufen am: 06.06.2017).
- Deck, R; Mittag, O; Hüppe, A; Muche-Borowski, C; Raspe, H; Hrsg. (2007a): IMET – Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe [Fragebogen]. Trier: ZPID [Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation]. URL: [https://www.zpid.de/pub/tests/PT\\_9005870\\_IMET\\_Fragebogen.pdf](https://www.zpid.de/pub/tests/PT_9005870_IMET_Fragebogen.pdf) (abgerufen am: 21.11.2017).
- Deck, R; Mittag, O; Hüppe, A; Muche-Borowski, C; Raspe, H (2007b): Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET) – Erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessmentinstruments. *Praxis – Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 76(2): 113-120.
- Dott, SG; Weiden, P; Hopwood, P; Awad, AG; Hellewell, JS; Knesevich, J; et al. (2001): An Innovative Approach to Clinical Communication in Schizophrenia: The Approaches to Schizophrenia Communication Checklists. *CNS Spectrums* 6(4): 333-338. DOI: 10.1017/S1092852900022045.
- Feragne, MA; Longabaugh, R; Stevenson, JF (1983): The Psychosocial Functioning Inventory. *Evaluation & the Health Professions* 6(1): 25-48. DOI: 10.1177/016327878300600102.
- Gigantesco, A; Morosini, R; Bazzoni, A (2003): Quality of psychiatric care: validation of an instrument for measuring inpatient opinion. *International Journal for Quality in Health Care* 15(1): 73-78. DOI: 10.1093/intqhc/15.1.73.
- Gruber-Baldini, AL; Velozo, C; Romero, S; Shulman, LM (2017): Validation of the PROMIS® measures of self-efficacy for managing chronic conditions. *Quality of Life Research* 26(7): 1915-1924. DOI: 10.1007/s11136-017-1527-3.
- Härter, M; Dirmaier, J; Scholl, I; Kriston, L; Pahlke, S; Röttger, S; et al. (2010): Abschlussbericht zum Projekt „Validierung und Normierung des Fragebogens zur Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF-FB) bei chronischen Erkrankungen“. Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg – Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie. DOI: 10.2314/GBV:683341022.
- Haug, S; Puschner, B; Lambert, MJ; Kordy, H (2004): Veränderungsmessung in der Psychotherapie mit dem Ergebnisfragebogen (EB-45). *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 25(3): 141-151. DOI: 10.1024/0170-1789.25.3.141.
- Hogan, TP; Awad, AG; Eastwood, R (1983): A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychological Medicine* 13(1): 177-183. DOI: 10.1017/S0033291700050182.
- Ihilevich, D; Gleser, GC; Gritter, GW; Kroman, LJ; Watson, AS (1981): Measuring Program Outcome. The Progress Evaluation Scales. *Evaluation Review* 5(4): 451-477. DOI: 10.1177/0193841X8100500402.

- Išjanovski, V; Naumovska, A; Bonevski, D; Novotni, A (2016): Validation of the Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4 (SQLS-R4) Among Patients with Schizophrenia. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences* 4(1): 65-69. DOI: 10.3889/oamjms.2016.015.
- Kilian, R; Becker, T; Schleuning, G; Welschehold, M; Hertle, C; Hörand, S; et al. ([kein Datum]): Die Entwicklung eines standardisierten Verfahrens zur Messung von Empowerment im Prozess der psychiatrischen Behandlung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen [Abschlussbericht]. Förderkennz. 01GX0743. URL: [http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/abschlussbericht\\_01gx0743.pdf](http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/abschlussbericht_01gx0743.pdf) (abgerufen am: 21.11.2017).
- Laliberte-Rudman, D; Yu, B; Scott, E; Pajouhandeh, P (2000): Exploration of the Perspectives of Persons With Schizophrenia Regarding Quality of Life. *AJOT – American Journal of Occupational Therapy* 54(2): 137-147. DOI: 10.5014/ajot.54.2.137.
- Laliberte-Rudman, D; Hoffman, L; Scott, E; Renwick, R (2004): Quality of Life for Individuals With Schizophrenia: Validating an Assessment That Addresses Client Concerns and Occupational Issues. *OTJR – Occupation, Participation and Health* 24(1): 13-21. DOI: 10.1177/153944920402400103.
- Lambert, MJ; Burlingame, GM; Umphress, V; Hansen, NB; Vermeersch, DA; Clouse, GC; et al. (1996): The Reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 3(4): 249-258. DOI: 10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S.
- Lambert, MJ; Hannover, W; Nisslmüller, K; Richard, M; Kordy, H (2002): Fragebogen zum Ergebnis von Psychotherapie. Zur Reliabilität und Validität der deutschen Übersetzung des Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 31(1): 40-47. DOI: 10.1026/0084-5345.31.1.40.
- Linden, M; Lischka, A-M; Popien, C; Golombek, J (2007): Der multidimensionale Sozialkontakt Kreis (MuSK) – ein Interviewverfahren zur Erfassung des sozialen Netzes in der klinischen Praxis. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 16(3): 135-143.
- Linden, M (2014): Die Erfassung der „Umweltfaktoren Unterstützung und Beziehungen“ sowie der „Teilhabe an Interpersonellen Interaktionen und Beziehungen“ gemäß der ICF unter Einsatz des MuSK. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 24(5): 249-255. DOI: 10.1055/s-0034-1390439.
- Lindström, E; Lewander, T; Malm, U; Malt, UF; Lublin, H; Ahlfors, UG (2001): Patient-rated versus clinician-rated side effects of drug treatment in schizophrenia. Clinical validation of a self-rating version of the UKU Side Effect Rating Scale (UKU-SERS-Pat). *Nordic Journal of Psychiatry* 55(Suppl. 44): 5-69. DOI: 10.1080/080394801317084428.
- Mahler, C; Hermann, K; Horne, R; Ludt, S; Haefeli, WE; Szecsenyi, J; et al. (2008): Assessing reported adherence to pharmacological treatment recommendations. Translation and evaluation of the Medication Adherence Report Scale (MARS) in Germany. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 16(3): 574-579. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2009.01169.x.

- Martin, CR; Allan, R (2007): Factor structure of the Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4 (SQLS-R4). *Psychology, Health & Medicine* 12(2): 126-134. DOI: 10.1080/13548500500407383.
- McNaught, M; Caputi, P; Oades, LG; Deane, FP (2007): Testing the validity of the Recovery Assessment Scale using an Australian sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 41(5): 450-457. DOI: 10.1080/00048670701264792.
- NatCen [National Centre for Social Research] (2006): Mental Health Inpatients Survey. Expert and Patient Consultation. Summary Report. [Stand:] Mai 2006. London: NatCen. URL: <http://www.nhssurveys.org/survey/936> [Download] (abgerufen am: 19.07.2017).
- NatCen [National Centre for Social Research] (2007): Mental Health Inpatients Survey. Feasibility Study Report. [Stand:] April 2007. London: NatCen. URL: <http://www.nhssurveys.org/survey/935> [Download] (abgerufen am: 19.07.2017).
- NHS [National Health Service] (2009): Mental Health Acute Inpatient Service Users Survey Questionnaire. London: NHS. URL: <http://www.nhssurveys.org/survey/982> [Download] (abgerufen am: 19.07.2017).
- NHS [National Health Service]; Picker Institute Europe; Care Quality Commission (2014): Service User Questionnaire. Oxford [u. a.]: NHS [u. a.]. URL: [http://nhssurveys.org/Filestore/MH17/MH17\\_Questionnaire\\_V1.0.pdf](http://nhssurveys.org/Filestore/MH17/MH17_Questionnaire_V1.0.pdf) (abgerufen am: 18.07.2017).
- NIH [National Institutes of Health] (2015): Self-Efficacy for Managing Chronic Conditions. A Brief Guide to the PROMIS Self-Efficacy Instruments [Manual]. [Stand:] 08.11.2015. Bethesda, US-MD: NIH. URL: [http://www.healthmeasures.net/images/promis/manuals/PROMIS\\_Self\\_Efficacy\\_Scoring\\_Manual.pdf](http://www.healthmeasures.net/images/promis/manuals/PROMIS_Self_Efficacy_Scoring_Manual.pdf) (abgerufen am: 17.02.2017).
- NIH [National Institutes of Health] (2016): Self-Efficacy for Managing Social Interactions [Fragebogen]. Last Updated: 05.08.2016. Bethesda, US-MD: NIH. URL: [http://www.healthmeasures.net/administrator/components/com\\_instruments/uploads/PROMIS%20Bank%20v1.0%20-%20Self-Effic-ManagSocial%20Int\\_8-5-2016.pdf](http://www.healthmeasures.net/administrator/components/com_instruments/uploads/PROMIS%20Bank%20v1.0%20-%20Self-Effic-ManagSocial%20Int_8-5-2016.pdf) (abgerufen am: 23.11.2017).
- NIH [National Institutes of Health] (kein Datum): HealthMeasures Terms of Use. Approved Version 1.12-2017. Bethesda, US-MD: NIH. URL: [http://www.healthmeasures.net/images/PROMIS/Terms\\_of\\_Use\\_HM\\_approved\\_1-12-17\\_-\\_Updated\\_Copyright\\_Notices.pdf](http://www.healthmeasures.net/images/PROMIS/Terms_of_Use_HM_approved_1-12-17_-_Updated_Copyright_Notices.pdf) (abgerufen am: 08.12.2017).
- Nosper, M (2008): ICF AT-50 Psych. Entwicklung eines ICF-konformen Fragebogens für die Selbstbeurteilung von Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen. 17. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium. 03-05.03.2008. Bayreuth. URL: [http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband\\_17\\_reha\\_kolloqu.pdf](http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_17_reha_kolloqu.pdf) (abgerufen am: 06.06.2017).
- O'Connell, M; Tondora, J; Croog, G; Evans, A; Davidson, L (2005): From Rhetoric to Routine: Assessing Perceptions of Recovery-Oriented Practices in a State Mental Health and Addiction System. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 28(4): 378-386. DOI: 10.2975/28.2005.378.386.

- Oades, LG; Law, J; Marshall, SL (2011): Development of a consumer constructed scale to evaluate mental health service provision. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 17(6): 1102-1107. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2010.01474.x.
- Ortiz, G; Schacht, L (2012): Psychometric Evaluation of an Inpatient Consumer Survey Measuring Satisfaction with Psychiatric Care. *Patient* 5(3): 163-173. DOI: 10.2165/11630940-000000000-00000.
- Picker Institute Europe (2013): Sampling Handbook for the NHS Community Mental Health Service Users. Survey 2013. Version 3. Last Updated: 17.02.2013. Oxford: Picker Institute Europe. URL: [http://www.nhssurveys.org/Filestore/MH13/MH13\\_Sampling\\_guidance\\_v3.pdf](http://www.nhssurveys.org/Filestore/MH13/MH13_Sampling_guidance_v3.pdf) (abgerufen am: 24.07.2017).
- Picker Institute Europe (2014): Redevelopment of the Community Mental Health Service Users Survey. Last Updated: 05.02.2014. Oxford: Picker Institute Europe. URL: [http://www.nhssurveys.org/Filestore/MH14/MH14\\_Development\\_report\\_v3.pdf](http://www.nhssurveys.org/Filestore/MH14/MH14_Development_report_v3.pdf) (abgerufen am: 18.07.2017).
- Picker Institute Europe (2017): Development Report for the Community Mental Health Survey 2017. Last Updated: 08.02.2017. Oxford: Picker Institute Europe. URL: [http://www.nhssurveys.org/Filestore/MH17/MH17\\_Survey%20Development%20report\\_V1.0.pdf](http://www.nhssurveys.org/Filestore/MH17/MH17_Survey%20Development%20report_V1.0.pdf) (abgerufen am: 24.07.2017).
- Pukrop, R; Möller, H-J; Saß, H; Sauer, H; Klosterkötter, J; Czernik, A; et al. (1999): Das Konstrukt Lebensqualität. Metaanalytische Validierung und die Entwicklung eines modularen Erhebungssystems. *Nervenarzt* 70(1): 41-53. DOI: 10.1007/s001150050399.
- Puschner, B; Cosh, S; Becker, T (2016): Patient-Rated Outcome Assessment With the German Version of the Outcome Questionnaire 45 in People With Severe Mental Illness. *European Journal of Psychological Assessment* 32(4): 273-282. DOI: 10.1027/1015-5759/a000254.
- Ranft, J; Nosper, M; Rüdell, H (2011): Das Aktivitäten- und Teilhabekonzept der ICF in der Rehabilitationsdiagnostik: Kurzform des ICF AT 50-Psych [Poster]. *DRV-Schriften* 93: 105-106.
- Rosenberg, D; Svedberg, P; Schön, U-K (2015): Establishing a Recovery Orientation in Mental Health Services: Evaluating the Recovery Self-Assessment (RSA) in a Swedish Context. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 38(4): 328-335. DOI: 10.1037/prj0000150
- Salyers, MP; Tsai, J; Stultz, TA (2007): Measuring Recovery Orientation in a Hospital Setting. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 31(2): 131-137.
- Scholl, I; Kriston, L; Härter, M (2011): PEF-FB-9 – Fragebogen zur Partizipativen Entscheidungsfindung (revidierte 9-Item-Fassung). *Klinische Diagnostik und Evaluation* 4(1): 46-49.
- Schützwahl, M (2017): Determinanten sozialer Partizipation und sozialer Inklusion chronisch psychisch erkrankter Menschen. *Neuropsychiatrie* 31(1): 8-16. DOI: 10.1007/s40211-016-0211-0.

- Schützwohl, M; Souza, PML; Rackel, Y (2017): Fragebogen zur Erfassung von Partizipation und sozialer Inklusion chronisch psychisch erkrankter Menschen (F-INK). Entwicklung und Untersuchung teststatistischer Gütekriterien. *Psychiatrische Praxis* 44(2): 65-74. DOI: 10.1055/s-0042-102320.
- SCNP [Scandinavian College of Neuropsychopharmacology] (kein Datum): Rating scales development by SCNP. Risskov, DK: SCNP. URL: <http://scnp.org/about-us.html> (abgerufen am: 08.12.2017).
- Stierlin, AS; Herder, K; Helmbrecht, MJ; Prinz, S; Walendzik, J; Holzmann, M; et al. (2014): Effectiveness and efficiency of integrated mental health care programmes in Germany: study protocol of an observational controlled trial. *BMC: Psychiatry* 14: 163. DOI: 10.1186/1471-244X-14-163.
- Thompson, K; Kulkarni, J; Sergejew, AA (2000): Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research* 42(3): 241-247. DOI: 10.1016/S0920-9964(99)00130-9.
- Üstün, TB; Kostanjsek, N; Chatterji, S; Rehm, J (2010): Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Genf: WHO Press. ISBN: 978 92 4 154759 8. URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43974/1/9789241547598\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43974/1/9789241547598_eng.pdf?ua=1&ua=1) (abgerufen am: 24.07.2017).
- von Heymann, F; Tritt, K (2014): Psy-BaDo-PTM. Glossar. Version 4.12. Stand: 31.01.2014. München: IQP [Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik]. URL: [http://iqp-online.de/index.php?mact=Uploads,m43395,getfile,1&m43395upload\\_id=1&m43395returnid=65&page=65](http://iqp-online.de/index.php?mact=Uploads,m43395,getfile,1&m43395upload_id=1&m43395returnid=65&page=65) (abgerufen am: 16.01.2017).
- Voruganti, LN; Awad, AG (2000): Personal evaluation of transitions in treatment (PETiT): a scale to measure subjective aspects of antipsychotic drug therapy in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 56(1-2): 37-46. DOI: 10.1016/S0920-9964(01)00161-X.
- Wallace, CJ (1986): Functional Assessment in Rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin* 12(4): 604-630. DOI: 10.1093/schbul/12.4.604.
- Wallace, CJ; Liberman, RP; Tauber, R; Wallace, J (2000): The Independent Living Skills Survey: A Comprehensive Measure of the Community Functioning of Severely and Persistently Mentally Ill Individuals. *Schizophrenia Bulletin* 26(3): 631-558. DOI: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033483
- Wilkinson, G; Hesdon, B; Wild, D; Cookson, R; Farina, C; Sharma, V; et al. (2000): Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: the SQLS. *British Journal of Psychiatry* 177(1): 42-46. DOI: 10.1192/bjp.177.1.42
- Wolters, HA; Knegtering, R; Wiersma, D; van den Bosch, RJ (2003): The spectrum of subjective effects of antipsychotic medication. *Acta Neuropsychiatrica* 15(5): 274-279. DOI: 10.1034/j.1601-5215.2003.00038.x.

Wolters, HA; Knegtering, R; Wiersma, D; van den Bosch, RJ (2006): Evaluation of the Subjects' Response to Antipsychotics Questionnaire. *International Clinical Psychopharmacology* 21(1): 63-69.

Zuaboni, G; Kieser, LD; Kozel, B; Glavanovits, K; Utschakowski, J; Behrens, J (2015): Recovery Self Assessment – Übersetzung und kulturelle Anpassung eines recovery-orientierten Einschätzungsinstrumentes. *Pflege* 28(4): 233-243. DOI: 10.1024/1012-5302/a000436.

## **Anhang C: Moderationsleitfäden / Topic Guides der Fokusgruppen und Interviewleitfäden der Einzelinterviews**

Alle Fokusgruppen und Einzelinterviews begannen zunächst mit einer Einführung durch die Moderatorin / den Moderator bzw. die Interviewerin / den Interviewer. In den Fokusgruppen wurde über eine kurze Vorstellungsrunde der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Einstieg in die Gruppendiskussion vorbereitet. Zum Abschluss der Gruppendiskussionen bzw. der Einzelinterviews wurden die wichtigsten Punkte der Gespräche durch die Moderatorin / den Moderator bzw. durch die Interviewerin / den Interviewer zusammengefasst.

### **Fokusgruppen und Einzelinterviews zur Erstellung des Qualitätsmodells im September und Oktober 2016**

#### **Moderationsleitfaden / Topic Guide der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten**

##### **Thema 1: Behandlung bei Ersterkrankung**

Erzählen Sie bitte, wie Sie behandelt wurden, als die Erkrankung bei Ihnen das erste Mal aufgetreten ist. Wie ist das abgelaufen?

##### **Thema 2: Übergang von stationärer zu ambulanter Behandlung**

Wenn Sie an das Ende Ihrer Behandlung im Krankenhaus denken, wie ging es dann weiter? Welche Erfahrungen haben Sie da gemacht?

##### **Thema 3: Aktuelle Behandlung**

Wenn Sie an die Behandlung denken, die Sie jetzt bekommen, wie läuft das ab?

##### **Thema 4: Wünsche der Patientinnen und Patienten an die Versorgung**

Was wünschen Sie sich für Ihre Behandlung? Was wäre Ihnen besonders wichtig? Was möchten Sie auf keinen Fall erleben?

Alternativ: Sie haben bereits viele Erfahrungen in der Behandlung Ihrer Krankheit sammeln können. Was sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Dinge in Ihrer Behandlung? Was sollte Ihrer Meinung nach auf keinen Fall vorkommen?

#### **Moderationsleitfaden / Topic Guide der Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften**

##### **Thema 1: Aktuelle Behandlung**

Wenn Sie an die aktuelle Behandlung Ihrer jetzigen Patientin / Ihres jetzigen Patienten denken, können Sie erzählen, was aus Ihrer Sicht besonders wichtig ist für die Patientinnen/Patienten?

### **Thema 2: Behandlung bei Ersterkrankung**

Mit Ihrer Erfahrung als Pflegekraft, was ist für Patientinnen/Patienten, die das erste Mal erkrankt sind, besonders relevant?

### **Thema 3: Behandlung bei chronischem Verlauf**

Wenn Sie an Patientinnen/Patienten denken, die schon länger erkrankt sind, was ist bei der Versorgung dieser Patientengruppe besonders wichtig?

### **Thema 4: Übergang von stationärer zu ambulanter Behandlung**

Denken Sie nun bitte an das Ende der Behandlung im Krankenhaus. Können Sie aus Ihrer Erfahrung heraus berichten, welche „typischen“ Erlebnisse oder Abläufe Patientinnen/Patienten am Ende ihrer stationären Behandlung haben? Gibt es immer wiederkehrende Fragen oder Situationen?

Wie ist es aus der Perspektive der ambulant tätigen Pflegekräfte?

### **Thema 5: Wünsche der Pflegekräfte an die Versorgung**

Und wie sieht für Sie als Pflegekraft eine ideale Versorgung aus? Was darf auf keinen Fall vorkommen?

## **Interviewleitfaden der Einzelinterviews mit Fachärztinnen und Fachärzten sowie Sozio- und psychologischen Psychotherapeuten**

### **Thema 1: Kommunikation und Information für Patientinnen/Patienten**

Wenn Sie bitte an Ihre letzten drei Patientinnen/Patienten denken: Können Sie mir erzählen, wie Ihre Erstgespräche ablaufen? Haben Sie dabei eine übliche Vorgehensweise?

### **Thema 2: Interaktion und Kommunikation zwischen Behandlerinnen/Behandlern**

Haben Sie die Möglichkeit, sich für Ihre Behandlungsplanung Ihrer (gemeinsamen) Patientinnen/Patienten mit anderen Behandlerinnen/Behandlern auszutauschen?

Können Sie kurz beschreiben, wie die Überleitung von der stationären in die ambulante Behandlung aussieht?

Können Sie kurz beschreiben, wie die Überleitung zu Ihnen in die stationäre/teilstationäre Behandlung aussieht? (nur teilstationär/stationär tätige Fachärzte)

### **Thema 3: Entscheidungsfindung mit Patientinnen/Patienten**

Nun bitte ich Sie, an die Behandlung bzw. Therapie Ihrer Patientinnen / Ihrer Patienten zu denken. Wie kommen Sie zu der Entscheidung für die jeweilige Behandlung? Was ist dabei Ihrer Erfahrung nach für die Patientinnen/Patienten besonders wichtig?

**Thema 4a: Behandlung (nur teilstationär/stationär tätige Fachärzte und Therapeuten)**

Wenn Sie an die Behandlung von Patientinnen/Patienten denken, die das erste Mal erkrankt sind, was sind Ihrer Erfahrung nach die wichtigsten Aspekte der Behandlung?

Was unterscheidet die Patientinnen/Patienten, die zum ersten Mal erkrankt sind, von Patientinnen/Patienten, die wiederholt stationär aufgenommen werden?

Ein wichtiges Thema in der Behandlung ist die Pharmakotherapie. Wie schätzen Sie dies vor dem Hintergrund Ihrer Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Ihren Patientinnen/Patienten ein?

Neben der medikamentösen gibt es auch die psychotherapeutische Behandlung für Patientinnen/Patienten mit einer Schizophrenie. Von welchen Erfahrungen können Sie diesbezüglich berichten?

**Thema 4b: Langzeitbehandlung (nur ambulant tätige Fachärztinnen/Fachärzte und Therapeutinnen/Therapeuten)**

Schizophrenie ist eine langwierige Erkrankung. Was sind Ihrer Meinung nach die zentralen Aspekte einer Langzeitbehandlung?

Ein wichtiges Thema in der Behandlung ist die Pharmakotherapie. Wie schätzen Sie dies vor dem Hintergrund Ihrer Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Ihren Patientinnen/Patienten ein?

Neben der medikamentösen gibt es auch die psychotherapeutische Behandlung für Patientinnen/Patienten mit einer Schizophrenie. Von welchen Erfahrungen können Sie diesbezüglich berichten?

**Thema 5: Entlassung (nur teilstationär/stationär tätige Fachärztinnen/Fachärzte und Therapeutinnen/Therapeuten)**

Kommen wir zum Thema Entlassung. Erzählen Sie bitte, wie die Entlassung aus der (teil-)stationären Einrichtung bei Ihnen abläuft.

**Thema 6: Einschätzung der Versorgung insgesamt**

Was macht Ihrer Meinung nach eine gute Behandlung von Patientinnen/Patienten mit Schizophrenie bzw. schizotypen oder wahnhaften Störungen aus?

Jetzt haben wir viel über Ihre Erfahrungen mit Ihren Patientinnen/Patienten geredet. Wir haben über die Einschätzungen zu Schnittstellen, Kommunikation usw. etwas von Ihnen gehört. Wenn Sie sich etwas für die Versorgung Ihrer Patientinnen/Patienten wünschen dürften, was würde das sein?

## **Fokusgruppen zur Entwicklung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung im Januar 2017**

### **Moderationsleitfaden / Topic Guide der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten**

#### **Thema 1: Information und Aufklärung zur Erkrankung und Behandlung**

Denken Sie bitte einmal zurück, als Sie das erste Mal an Schizophrenie erkrankt sind. Wenn Sie an das Gespräch im Krankenhaus oder bei der Ärztin / dem Arzt denken, als Sie das erste Mal krank waren, welche Information zu Ihrer Krankheit haben Sie erhalten?

Und wie war das dann später mit Informationen zur Behandlung?

#### **Thema 2: Psychoedukation**

Vielleicht haben Sie schon einmal an einem Angebot zur Psychoedukation zu Ihrer Erkrankung teilgenommen. In dieser Art Unterricht sollen Patientinnen/Patienten lernen, mit ihrer Erkrankung umzugehen. Können Sie kurz beschreiben, ob Sie ein solches Angebot erhalten haben und, wenn ja, wo und wie das bei Ihnen stattgefunden hat?

#### **Thema 3: Interaktion und Kommunikation**

Wenn Sie an die Ärztinnen/Ärzte, Therapeutinnen/Therapeuten und Pflegekräfte im Krankenhaus denken und wie diese mit Ihnen sprechen und umgehen. Wie würden Sie das beschreiben?

Und wie ist das bei der Ärztin / dem Arzt in der Praxis?

#### **Thema 4: Beteiligung an Behandlungsplanung und Entscheidungen**

Wenn Sie an die Planung Ihrer Behandlung denken, wie lief das im Krankenhaus oder bei der Ärztin / dem Arzt in der Praxis ab? Wer hat die Behandlung geplant? Woher wussten Sie, wie Ihre Behandlung aussieht?

Und welche Erfahrungen haben Sie bei der Entscheidung für verschiedene Behandlungsmöglichkeiten gemacht?

#### **Thema 5: Teilhabe**

Zum Abschluss möchte ich gerne noch darüber sprechen, wie Sie Ihren Alltag gestalten. Manche Leute sind da ja eher für sich und andere eher im Kontakt mit Familie und Freunden. Manche haben Hobbies, die sie gerne machen – in der Gruppe oder auch für sich allein. Manche wohnen und arbeiten ganz normal und andere haben dabei Unterstützung.

Wie sieht Ihr Alltag aus? Was ist dabei für Sie besonders wichtig? Was fehlt Ihnen?

## **Moderationsleitfaden / Topic Guide der Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften**

### **Thema 1: Information und Aufklärung zur Erkrankung und Behandlung**

Ein wesentlicher Aspekt jeder Behandlung ist die Information und Aufklärung zur Erkrankung und auch zur Behandlung. Wie verhält es sich damit bei der Versorgung von Patientinnen/Patienten mit Schizophrenie? Worüber sollten sie in jedem Fall informiert werden? Was darf auf keinen Fall fehlen?

### **Thema 2: Psychoedukation**

Die Psychoedukation als strukturierte Form der Information und Aufklärung der Patientinnen/Patienten kann als Teil der Behandlung angeboten werden. Nehmen Ihre Patientinnen/Patienten daran teil? Wenn ja, können Sie kurz beschreiben, wo und wie Ihre Patientinnen/Patienten daran teilnehmen?

### **Thema 3: Interaktion und Kommunikation**

Wenn Sie daran denken, wie Sie in Ihrem Behandlungsalltag mit den Patientinnen/Patienten sprechen und umgehen, wie würden Sie das beschreiben? Gibt es da typische Situationen?

### **Thema 4: Beteiligung an Behandlungsplanung und Entscheidungen**

Wenn Sie an die Planung für die Behandlung der Patientinnen/Patienten denken, wie läuft das ab?

Und wie kommt es zur Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Behandlungsoption?

### **Thema 5: Teilhabe**

Wenn Sie einmal daran denken, wie diese Patientinnen/Patienten ihren Alltag gestalten, können Sie kurz beschreiben wie die Patientinnen/Patienten am gesellschaftlichen Leben teilhaben können? Welche Erfahrungen haben Sie als Pflegekraft gemacht, wie sind die Patientinnen/Patienten in das Arbeitsleben oder die Ausbildung integriert, haben sie Sozialkontakte, wie sehen die Wohnsituationen aus?

Was kann Ihrer Meinung nach das behandelnde Krankenhaus oder die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt tun, um die Teilhabe der Patientinnen/Patienten zu verbessern? Was können Sie als Pflegekraft anstoßen?

## **Moderationsleitfaden / Topic Guide der Fokusgruppen mit Fachärztinnen und Fachärzten sowie psychologischen Psychotherapeutinnen**

### **Thema 1: Information und Aufklärung zur Erkrankung und Behandlung**

Ein wesentlicher Aspekt jeder Behandlung ist die Information und Aufklärung zur Erkrankung und auch zur Behandlung. Wie verhält es sich damit bei der Versorgung von Patientinnen/Patienten mit Schizophrenie? Worüber sollten sie in jedem Fall informiert werden? Was darf auf keinen Fall fehlen?

## **Thema 2: Psychoedukation**

Die Psychoedukation als strukturierte Form der Information und Aufklärung der Patientinnen/Patienten kann als Teil der Behandlung angeboten werden. Nehmen Ihre Patientinnen/Patienten daran teil? Wenn ja, können Sie kurz beschreiben, wo und wie Ihre Patientinnen/Patienten daran teilnehmen?

## **Thema 3: Interaktion und Kommunikation**

Wenn Sie daran denken, wie Sie in Ihrem Behandlungsalltag mit den Patientinnen/Patienten sprechen und umgehen, wie würden Sie das beschreiben?

Worauf achten Sie? Was ist Ihrer Meinung nach besonders wichtig? Was sollte auf jeden Fall vermieden werden?

## **Thema 4: Beteiligung an Behandlungsplanung und Entscheidungen**

Jetzt möchte ich Sie bitten, sich den Teil zur Planung der Behandlung in Erinnerung zu rufen. Können Sie mir bitte beschreiben, wie die Therapieplanung aussieht?

Was macht Ihrer Erfahrung nach eine gute Planung der Behandlung aus? Was sollte vermieden werden?

Und wie kommt es zur Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Behandlungsoption?

## **Thema 5: Teilhabe**

Wenn Sie einmal daran denken, wie diese Patientinnen/Patienten ihren Alltag gestalten, können Sie kurz beschreiben wie die Patientinnen/Patienten am gesellschaftlichen Leben teilhaben können? Welche Erfahrungen haben Sie gemacht, wie sind die Patientinnen/Patienten in das Arbeitsleben integriert, haben sie Sozialkontakte, wie sehen die Wohnsituationen aus?

Woher erhalten die Patientinnen/Patienten Unterstützung? Was kann Ihrer Meinung nach das behandelnde Krankenhaus oder die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt oder Therapeutin/Therapeut tun, um die Teilhabe der Patientinnen/Patienten zu verbessern?

## Anhang D: Expertengremium

### Anhang D.1: Interessenkonflikte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums

Die Kriterien für die Auswahl der Expertinnen und Experten für das Expertengremium im Rahmen des QS-Verfahrens *Schizophrenie* liegen zum einen auf individueller Ebene (persönliche Qualifikation und Erfahrungen, Interessenkonflikte) und zum anderen auf Ebene des Expertengremiums selber, bei dem auf Ausgewogenheit hinsichtlich der Expertise, der Versorgungsbereiche und ggf. der beruflichen Tätigkeitsschwerpunkte (praktisch/klinisch oder theoretisch/wissenschaftlich) geachtet wurde.

#### Fragen zum Interessenkonflikt

- Frage 1 – Anstellungsverhältnisse:  
Sind oder waren Sie bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter abhängig beschäftigt (angestellt)?
- Frage 2 – Beratungsverhältnisse:  
Beraten Sie oder haben Sie ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen oder einen vergleichbaren Interessenvertreter direkt oder indirekt beraten?
- Frage 3 – Honorare:  
Haben Sie (unabhängig von einer Anstellung oder Beratungstätigkeit) im Auftrag eines Interessenverbandes im Gesundheitswesen oder eines vergleichbaren Interessenvertreters Honorare für Vorträge, Stellungnahmen, Ausrichtung von bzw. Teilnahme an Kongressen und Seminaren – auch im Rahmen von Fortbildungen, für (populär-)wissenschaftliche oder sonstige Aussagen oder Artikel erhalten?
- Frage 4 – Drittmittel:  
Haben Sie (unabhängig von einer Anstellung oder Beratungstätigkeit) und/oder hat die Institution, bei der Sie angestellt sind bzw. die Sie vertreten, von einem Unternehmen, einer Institution, einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder für Patentanmeldungen erhalten?
- Frage 5 – Sonstige Unterstützung:  
Haben Sie oder die Institution, bei der Sie angestellt sind bzw. die Sie vertreten, sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Reisekostenunterstützung ohne wissenschaftliche Gegenleistung) von einem Unternehmen, einer Institution, einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter erhalten?
- Frage 6 – Aktien, Geschäftsanteile:  
Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile (auch in Fonds) eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, die zu einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter gehört?

Tabelle 1: Übersicht Expertinnen und Experten und Interessenkonflikte

Expertinnen und Experten	Interessenkonflikte
<b>Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter sowie Angehörigenvertreterinnen</b>	
Jurand Daszkowski	keinen Interessenkonflikt angegeben Frage 1: nein Frage 2: nein Frage 3: nein Frage 4: nein Frage 5: nein Frage 6: nein
Klaus Nuißl	Interessenkonflikt angegeben/nicht kritisch Frage 1: ja Frage 2: ja Frage 3: ja Frage 4: nein Frage 5: nein Frage 6: nein
Brigitte Richter	keinen Interessenkonflikt angegeben Frage 1: nein Frage 2: nein Frage 3: nein Frage 4: nein Frage 5: nein Frage 6: nein
Marte-Micaela Riepe	keinen Interessenkonflikt angegeben Frage 1: nein Frage 2: nein Frage 3: nein Frage 4: nein Frage 5: nein Frage 6: nein

Expertinnen und Experten	Interessenkonflikte
Eleonore Fink	Interessenkonflikt angegeben/nicht kritisch Frage 1: nein Frage 2: ja Frage 3: nein Frage 4: nein Frage 5: ja Frage 6: nein
Ingeborg Schwalbe	Interessenkonflikt angegeben/nicht kritisch Frage 1: nein Frage 2: nein Frage 3: nein Frage 4: nein Frage 5: ja Frage 6: nein
<b>Medizinische, pflegerische und psychologische Expertinnen und Experten</b>	
Prof. Dr. Thomas Becker	Interessenkonflikt angegeben/nicht kritisch Frage 1: nein Frage 2: ja Frage 3: ja Frage 4: ja Frage 5: nein Frage 6: nein
PD Dr. Felix M. Böcker	Interessenkonflikt angegeben/nicht kritisch Frage 1: ja Frage 2: ja Frage 3: nein Frage 4: nein Frage 5: nein Frage 6: nein
Annette Rindtorff	Interessenkonflikt angegeben/nicht kritisch Frage 1: nein Frage 2: nein Frage 3: ja Frage 4: nein Frage 5: nein Frage 6: nein

Expertinnen und Experten	Interessenkonflikte
Andrea Marie Borgmann	Interessenkonflikt angegeben/nicht kritisch Frage 1: ja Frage 2: nein Frage 3: nein Frage 4: nein Frage 5: nein Frage 6: nein
Marianne Wolferstetter Staudinger	Interessenkonflikt angegeben/nicht kritisch Frage 1: ja Frage 2: nein Frage 3: nein Frage 4: nein Frage 5: nein Frage 6: nein
Helmut Georgi	Interessenkonflikt angegeben/nicht kritisch Frage 1: ja Frage 2: nein Frage 3: nein Frage 4: nein Frage 5: nein Frage 6: nein
Dr. Maike Hauschildt	Interessenkonflikt angegeben/nicht kritisch Frage 1: ja Frage 2: nein Frage 3: nein Frage 4: nein Frage 5: nein Frage 6: nein
Wissenschaftliche Expertinnen und Experten	
Prof. Dr. Ulrich Frick	Interessenkonflikt angegeben/nicht kritisch Frage 1: ja Frage 2: ja Frage 3: nein Frage 4: nein Frage 5: nein Frage 6: nein

Expertinnen und Experten	Interessenkonflikte
Linda Kerkemeyer	Interessenkonflikt angegeben/nicht kritisch Frage 1: ja Frage 2: nein Frage 3: nein Frage 4: nein Frage 5: nein Frage 6: nein

## **Anhang D.2: Dokumentation der Beratung zu den einzelnen Qualitätsmerkmalen durch das Expertengremium**

Im folgenden Kapitel wird die protokollierte, stichpunktartige Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse der Beratung zu den einzelnen Qualitätsmerkmalen durch das Expertengremium aufgeführt. Die Darstellungen erfolgen separat für jedes einzelne Qualitätsmerkmal. Hierbei werden die zentralen Diskussionsinhalte, einschließlich kontroverser Meinungen und Hinweise der Expertinnen und Experten aufgeführt. Generell erhielten die Entwürfe der Qualitätsmerkmale im Diskurs, der vor dem Hintergrund der Kriterien „Relevanz des Qualitätsmerkmals für Patientinnen und Patienten“, „Relevanz des Qualitätsmerkmals für die medizinische Versorgung“, „Verbesserungspotenzial des Qualitätsmerkmals“ sowie „Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit des Qualitätsmerkmals zum behandelnden Leistungserbringer“ geführt wurde (siehe Abschnitt 5.9 im Zwischenbericht), eine hohe Zustimmung. Diese wird nicht für jedes einzelne Qualitätsmerkmal inhaltlich weiter ausgeführt, sondern es werden die darüber hinausgehenden Diskussionsinhalte wiedergegeben. Das Expertengremium wurde u. a. aufgefordert, eine Gesamteinschätzung hinsichtlich der Tragbarkeit des jeweiligen Qualitätsmerkmals zu geben. Diese ist bei voller Tragbarkeit mit ↑ gekennzeichnet. Eine Kennzeichnung mit → bedeutet, dass hier zum Teil Bedenken geäußert wurden, die zunächst zwar keinen Ausschluss nahegelegt haben, dennoch eine erneute Prüfung und Abwägung von eventuellen Modifikationen empfohlen haben. Für Qualitätsmerkmale, die in der vorgestellten Form seitens der Expertinnen und Experten einen Ausschluss nahelegen, ist die Kennzeichnung ↓ vorgesehen. Der Ausschluss eines Qualitätsmerkmals wurde von den Expertinnen und Experten einmal empfohlen, da das entsprechende Qualitätsmerkmal über die inhaltliche Erweiterung eines anderen Qualitätsmerkmals aufgegriffen werden kann.

### **Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung“**

#### **Information zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen**

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Es wird darauf hingewiesen, dass eine Information zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen wichtig sei.
- Hinweis, dass vor allem auch die Art und Weise der Informationsvermittlung sehr bedeutend ist.
- Hinweis, dass es wichtig sei, welche Information (z. B. in Form von Patientenwissen) bei den Patientinnen und Patienten angekommen ist.
- Diskussion darüber, wann Information vermittelbar ist bzw. in welchem Zustand Patientinnen und Patienten hierfür sein sollten. Hinweis, dass für die Patientinnen und Patienten die Vermittlung von Information so früh wie möglich erfolgen sollte.
- Hinweis, Qualitätsmerkmal dahingehend zu präzisieren, dass es sich dabei um Information aus ärztlicher Sicht handelt.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →
--

**Information zu Behandlungsmöglichkeiten**

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Es wird darauf hingewiesen, dass eine Information zu verschiedenen Alternativen in der Behandlung mit ihren Vor- und Nachteilen wichtig sei.
- Hinweis, dass neben Behandlungsmöglichkeiten auch Begleitungsmöglichkeiten durch EX-IN Genesungsbegleiterinnen und -begleiter für Patientinnen und Patienten wichtig seien.
- Diskussion über den Zusammenhang zwischen Wissen und Erinnerung mit dem Hinweis, dass eine situationsadäquate Information für die Patientin / den Patienten erfolgt sei, wenn diese/dieser sich in der Patientenbefragung daran erinnern könne.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

**Spezifische Information für Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedarfen (z. B. Sucht, Suizidalität, Kinderwunsch und Schwangerschaft/Stillen)**

- Die Expertinnen und Experten sind sich darüber einig, dass das Qualitätsmerkmal ein wichtiges Thema adressiere.
- Es wird darauf hingewiesen, dass Information für Subgruppen mit besonderen Bedarfen wichtig sei, jedoch die Gefahr bestehe, dass eine Abgrenzung der einzelnen individuellen Bedarfe der Patientinnen und Patienten schwierig sei.
- Viele verschiedene Subgruppen, die je nach individuellen Bedürfnissen und Konstellationen schwierig zu definieren und kategorisieren sind.
- Hinweis, dass Subgruppen je Leistungserbringer sehr klein ausfallen könnten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

**Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts (nur stationäre Versorgung)**

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Hinweis, dass eine differenzierte Information wichtig sei.
- Es sei zu berücksichtigen, dass ein Unterschied zwischen stationären Aufenthalten in offenen und geschlossenen Stationen bestehen könne.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

**Information zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung (nur ambulante Versorgung)**

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Es wird angemerkt, dass eine Zusammenführung mit dem vorherigen Qualitätsmerkmal überlegt werden könne.
- Hinweis, dass es auch für die ambulante Behandlung Verbesserungsbedarf gäbe und dies deshalb wichtig sei.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

**Information zum Vorgehen in Notfallsituationen (nur ambulante Versorgung)**

- Die Expertinnen und Experten sind sich darüber einig, dass das Qualitätsmerkmal ein wichtiges Thema adressiere.
- Hinweis, dass die Formulierung „Information“ sehr einseitig klinge. Es wird empfohlen, das Qualitätsmerkmal zu erweitern, da gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten Absprachen zum Vorgehen in Notfallsituationen getroffen werden.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑
--

**Individuelle Information zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen (nur ambulante Versorgung)**

- Die Expertinnen und Experten sind sich darüber einig, dass das Qualitätsmerkmal ein wichtiges Thema adressiere.
- Hinweis, dass Begleitung durch Peer-Gruppen und EX-IN Genesungsbegleiterinnen und -begleiter berücksichtigt werden sollte.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑
--

**Wiederholter Erhalt der Information**

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Es besteht kein weiterer Diskussionsbedarf.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑
--

**Einheitliches Informieren durch das Behandlungsteam**

- Es wird darauf hingewiesen, dass es eher um widerspruchsfreies als einheitliches Informieren gehen sollte. Nach dieser Klarstellung sind sich die Expertinnen und Experten über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Hinweis, dass unterschiedliche Informationen für die Patienten / den Patienten wichtig sein können. Diese dürften die Patientin/den Patienten jedoch nicht verwirren.
- Unterschiedliche Sichtweisen der Behandlerinnen und Behandler seien wichtig, jedoch müsse eine gemeinsame Wissensgrundlage im Behandlungsteam bestehen.
- Oftmals gäbe es unterschiedliche Sichtweisen in der Behandlung, die berechtigt sind. Ein Grundkonsens sollte jedoch bestehen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →
--

**Erhalt schriftlicher Information**

- Die Expertinnen und Experten sind sich darüber einig, dass das Qualitätsmerkmal ein wichtiges Thema adressiere.
- Das Qualitätsmerkmal sei relevant, da Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer Erkrankung dazu neigen, Informationen zu vergessen. Jedoch dürfe der Erhalt schriftlicher Information nicht die mündliche Darlegung einschließlich der Möglichkeit, Fragen zu stellen, ersetzen.

- Hinweis, dass das Qualitätsmerkmal inhaltlich präzisiert werden müsse, da keine klare Abgrenzung zu schriftlicher Information zum organisatorischen Ablauf (z. B. Stationsordnung) und zu Empfehlungen der Behandlerinnen und Behandler für weiterführende Literatur (z. B. Buchempfehlungen oder Internetquellen) bestehe.
- Es wird die Überlegung geäußert, das Qualitätsmerkmal in Richtung „krankheitsbezogene Information“/ „Information zur Erkrankung und Genesung“ zu präzisieren.
- Hinweis, dass Patientinnen und Patienten, die nicht lesen können, sowie solche, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, nicht erfasst würden.
- Es werden Bedenken geäußert, dass der Inhalt und die Qualität der schriftlichen Information nicht erfasst werden können.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

#### **Qualitätsaspekt „Psychoedukation“**

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung der drei Qualitätsmerkmale für die Psychoedukation einig.
- Es wird allgemein zur Psychoedukation darauf hingewiesen, dass die methodische Ausgestaltung, die Art und Weise der Durchführung sowie die Qualifikation der Moderation von Psychoedukation hochrelevant für die Qualität sind. Hinweis an die Expertinnen und Experten, dass der Qualitätsaspekt auch über die QS-Dokumentation der Leistungserbringer und Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst wird.
- Hinweis, dass es in der alltäglichen Versorgung der Patientinnen und Patienten inhaltliche Überschneidungen mit psychotherapeutischen Interventionen geben könne, die Patientinnen und Patienten nicht unbedingt auseinanderhalten können.
- Hinweis, dass in der ambulanten Versorgung eine modularisierte Psychoedukation im Gruppensetting nicht immer realisierbar sei. Einzelgespräche sowie Hinweise auf Psychose-Seminare in triologischer Form seien in der ambulanten Versorgung ebenfalls relevant.

#### **Wissen über Erkrankung und Behandlung**

- Hinweis, dass Wissensbestände bei länger Erkrankten durch die Versorgung bei mehreren Leistungserbringern und durch unterschiedliche Informationsquellen (neben der ärztlich-therapeutischen Versorgung) kumulieren können, wodurch sich das Wissen der Patientinnen und Patienten dann nicht eindeutig dem Leistungserbringer, der in der Patientenbefragung adressiert wird, zuschreiben lässt.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

**Strategien zur Bewältigung der Erkrankung**

- Hinweis, dass Bewältigungsstrategien bei länger Erkrankten durch die Versorgung bei mehreren Leistungserbringern und durch unterschiedliche Informationsquellen (neben der ärztlich-therapeutischen Versorgung) kumulieren können, wodurch sich das Wissen der Patientinnen und Patienten dann nicht eindeutig dem Leistungserbringer, der in der Patientenbefragung adressiert wird, zuschreiben lässt.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →
--

**Möglichkeiten, das Erleben und die Gefühle mit der Erkrankung zu thematisieren**

- Hinweis, dass in diesem Qualitätsmerkmal auch Erfahrungen der Patientinnen und Patienten mit Stigmatisierung aufgrund ihrer Erkrankung relevant seien.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →
--

**Qualitätsaspekt „Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten“****Höflicher und respektvoller Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten**

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Es sei zu bedenken, dass nicht nur der Umgang der Ärztinnen und Ärzte für die Versorgung der Patientinnen und Patienten relevant sei, sondern der Umgang das gesamte Behandlungsteam betrifft.
- Empfehlung, das Qualitätsmerkmal inhaltlich zu erweitern, sodass Pflegekräfte und Bezugstherapeutinnen und -therapeuten ebenfalls angesprochen werden.
- Hinweis, dass höflicher und respektvoller Umgang mit den Patientinnen und Patienten inhaltlich präzisiert werden müsse, sodass das Interesse, die Wertschätzung und der Umgang auf Augenhöhe im Mittelpunkt stehe. Dies seien zentrale Faktoren der Beziehungsgestaltung.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →
--

**Ruhige und geschützte Atmosphäre bei Gesprächen der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten**

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Es sei zu bedenken, dass nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern vor allem auch Bezugstherapeutinnen und -therapeuten die Interaktion und Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten in der stationären Versorgung maßgeblich mitgestalten.
- Empfehlung, das Qualitätsmerkmal auf Bezugstherapeutinnen und -therapeuten zu erweitern.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑
--

**Zeit im Arztgespräch**

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Das Qualitätsmerkmal sei inhaltlich um die Gruppe der Bezugstherapeutinnen und -therapeuten zu erweitern, da diese neben den Ärztinnen und Ärzten wichtige Gesprächspartnerinnen und -partner für die Patientinnen und Patienten sind.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

**Höflicher und respektvoller Umgang der Pflegekräfte mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)**

- Das Qualitätsmerkmal entfalle, da psychiatrische Pflegekräfte mit der Erweiterung des Qualitätsmerkmals „Höflicher und respektvoller Umgang der Ärztinnen und Ärzte“ auf das „Behandlungsteam“ eingeschlossen sind.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↓

**Ruhige und geschützte Atmosphäre bei Gesprächen der Pflegekräfte mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)**

- Die Expertinnen und Experten sind sich darüber einig, dass das Qualitätsmerkmal ein wichtiges Thema adressiere.
- Im Unterschied zu Ärztinnen und Ärzten verfügen Pflegekräfte oftmals über keine separaten Räumlichkeiten, in denen sie mit Patientinnen und Patienten sprechen können. Weiterhin ergeben sich in diesem Bereich häufiger spontane Gesprächssituationen, was die Umsetzbarkeit des Qualitätsmerkmals im Klinikalltag zusätzlich einschränkt.
- Hinweis, dass für eine ruhige und geschützte Atmosphäre Elemente, wie sind in einer Behandlung nach dem Soteria-Modell genutzt werden, wichtig seien.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

**Berücksichtigen der individuellen Krankheits- und Behandlungserfahrungen der Patientinnen und Patienten durch Ärztinnen und Ärzte**

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Es sei zu bedenken, dass nicht nur der Umgang der Ärztinnen und Ärzte für die Versorgung der Patientinnen und Patienten relevant sei, sondern der Umgang des gesamten Behandlungsteams.
- Empfehlung, die Einschränkung des Qualitätsmerkmals auf Ärztinnen und Ärzte aufzuheben.
- Es sei zu bedenken, dass für die Patientinnen und Patienten die eigene Wahrnehmung der Erkrankung relevant sei. Daher sei auch die Berücksichtigung des individuellen Krankheitskonzeptes oder Störungsverständnisses wichtig.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

**Thematisierung einer zusätzlichen Suchterkrankung**

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Es besteht kein weiterer Diskussionsbedarf.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

**Thematisierung von Suizidalität**

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Es besteht kein weiterer Diskussionsbedarf.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

**Vermeidung von medizinischen Fachausdrücken durch Ärztinnen und Ärzte**

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Das Qualitätsmerkmal sei inhaltlich um die Gruppe der Bezugstherapeutinnen und -therapeuten zu erweitern, da auch diese als wichtige Gesprächspartnerinnen und -partner medizinische Fachausdrücke erklären sollten.
- Hinweis, dass im Titel des Qualitätsmerkmals deutlich werden sollte, dass sich das Qualitätsmerkmal auf das Vermeiden von *unerklärten* medizinischen Fachausdrücken bezieht, da diese nach einer Erklärung durchaus im Patientengespräch verwendet werden können.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

**Zugang zu Dolmetscherinnen/Dolmetschern**

- Es wird darauf hingewiesen, dass der Zugang zu Dolmetscherinnen und Dolmetschern für die Patientinnen und Patienten nur dann relevant sei, wenn die Patientenbefragung nicht ausschließlich auf Deutsch erfolge.
- Der Zugang zu geschulten und unabhängigen Dolmetscherinnen und Dolmetschern, die Erfahrung mit Themen der psychiatrischen Versorgung haben, sei für die Patientinnen und Patienten wichtig; dies gelte beispielsweise auch für Patientinnen und Patienten mit Einschränkungen des Hörvermögens (z. B. Gebärdendolmetscher).
- Hinweis, dass das Angebot an Dolmetscherinnen und Dolmetschern von den Leistungserbringern gestellt werden muss. Sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung sei die Umsetzung sehr stark von den strukturellen Rahmenbedingungen abhängig.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

## **Qualitätsaspekt „Beteiligung der Patienten / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen“**

### **Erfragen und Berücksichtigen von Vorerfahrungen, Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte**

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Auch für dieses Qualitätsmerkmal sei zu bedenken, dass nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern auch Bezugstherapeutinnen und -therapeuten die Behandlungsplanung und Beteiligung der Patientinnen und Patienten maßgeblich mitgestalten.
- Empfehlung, das Qualitätsmerkmal auf Bezugstherapeutinnen und -therapeuten zu erweitern.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

### **Gemeinsames Vereinbaren von Behandlungszielen**

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Auch für dieses Qualitätsmerkmal sei zu bedenken, dass nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern auch Bezugstherapeutinnen und -therapeuten die Behandlungsplanung und Beteiligung der Patientinnen und Patienten maßgeblich mitgestalten.
- Empfehlung, das Qualitätsmerkmal auf Bezugstherapeutinnen und -therapeuten zu erweitern.
- Es wird betont, dass es für das Vereinbaren der Behandlungsziele wichtig sei, die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

### **Angebot zur gemeinsamen Erstellung eines Behandlungsplans**

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Es besteht kein weiterer Diskussionsbedarf.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

### **Angebot zum Besprechen des erstellten Behandlungsplans**

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Das Qualitätsmerkmal weist inhaltliche Überschneidungen mit dem Qualitätsmerkmal „Angebot zur gemeinsamen Erstellung eines Behandlungsplans“ auf. So sei ein separates Besprechen des Behandlungsplans nur dann sinnvoll, wenn dieser nicht gemeinsam erstellt wurde.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

**Gemeinsames Abgleichen der Behandlungsziele**

- Die Expertinnen und Experten sind sich einig, dass das Eingehen auf die individuellen Ziele der Patientinnen und Patienten und der kontinuierliche Abgleich mit der medizinisch-therapeutischen Sichtweise sehr relevant sei.
- Hinweis, dass die Erstellung der Behandlungsziele gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten im Verlauf der Behandlung erfolgen sollte.
- Es wird darüber hinaus betont, dass es für Patientinnen und Patienten relevant sei, dass Ärztinnen und Ärzte die Ziele der Patientinnen und Patienten wertschätzen und die therapeutische Beziehung aufrechterhalten, auch wenn sich die Patientin / der Patient anders entscheidet.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

**Gemeinsames Abwägen von Behandlungsalternativen**

- Die Expertinnen und Experten sind sich einig, dass ein gemeinsames Abwägen von Behandlungsalternativen eine große Bedeutung für die Behandlung der Patientinnen und Patienten hat.
- Hinweis, dass es sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Behandlerinnen und Behandler wichtig sei, Alternativen zu diskutieren und Kompromisse zu finden.
- Hinweis, dass die Behandlerin oder der Behandler für ein gemeinsames Abwägen Alternativen darlegen und erklären sollte, welche Vor- und Nachteile aus ihrer oder seiner Sicht mit den einzelnen Alternativen verbunden sind.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

**Angebot zum Einbezug von Angehörigen**

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Diskussion darüber, dass Angehörige über Erfahrungswissen im Umgang mit der Patientin / dem Patienten verfügen können, gleichzeitig von Patientinnen und Patienten der Kontakt zu Angehörigen nicht immer gewollt ist.
- Hinweis, dass die Entscheidung der Patientin / des Patienten über den Einbezug von Angehörigen zentral ist.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

**Angebot zur gemeinsamen Erstellung einer Behandlungsvereinbarung für zukünftige stationäre Aufenthalte (nur stationäre Versorgung)**

- Hinweis, dass es sich um ein wichtiges Qualitätsmerkmal handele, das bislang in der Versorgung nicht immer umgesetzt werde.
- Diskussion über eine Erweiterung der Behandlungsvereinbarung auf die ambulante Versorgung, in der dies auch thematisiert wird. Die Umsetzung liegt jedoch im stationären Bereich.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

**Qualitätsaspekt „Patientenbezogenes Medikationsmanagement“****Information zu Gründen für eine medikamentöse Behandlung (ab post-akuter Phase)**

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Empfehlung, die Einschränkung des Qualitätsmerkmals auf die Behandlung ab der post-akuten Phase aufzuheben, da Patientinnen und Patienten in allen Erkrankungsphasen über die Gründe für eine medikamentöse Behandlung informiert werden sollten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑
--

**Medikamentenspezifische Information zur Wirkung und Einnahmedauer (ab post-akuter Phase)**

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Empfehlung, die Einschränkung des Qualitätsmerkmals auf die Behandlung ab der post-akuten Phase aufzuheben, da Patientinnen und Patienten in allen Erkrankungsphasen medikamentenspezifisch über die Wirkung und Einnahmedauer informiert werden sollten.
- Hinweis, dass situationsadäquat informiert werden sollte.
- Hinweis, dass nur die erwartete Wirkung sowie die vorgeschlagene Einnahmedauer vorab kommuniziert werden können.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →
--

**Medikamentenspezifische Information zu Neben- und Wechselwirkungen (ab post-akuter Phase)**

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Empfehlung, die Einschränkung des Qualitätsmerkmals auf die Behandlung ab der post-akuten Phase aufzuheben, da Patientinnen und Patienten in allen Erkrankungsphasen medikamentenspezifisch über Neben- und Wechselwirkungen informiert werden sollten.
- Anmerkung der Expertinnen und Experten, dass eine Kontrolle der Neben- und Wechselwirkungen der Medikamente ebenfalls wichtig sei. Hinweis an die Expertinnen und Experten, dass die Qualitätsaspekte „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“ sowie „Somatische Versorgung“ über die Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis von QS-Dokumentation der Leistungserbringer bzw. Sozialdaten bei den Krankenkassen adressiert werden.
- Hinweis der Expertinnen und Experten, dass das Eingehen der Ärztinnen und Ärzte auf berichtete Nebenwirkungen ggf. ebenfalls berücksichtigt werden sollte.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑
--

**Medikamentenspezifische Information für Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedarfen (z. B. Sucht, Suizidalität, Kinderwunsch und Schwangerschaft; ab post-akuter Phase)**

- Die Expertinnen und Experten sind sich darüber einig, dass das Qualitätsmerkmal ein wichtiges Thema adressiere.
- Es wird darauf hingewiesen, dass Information für Subgruppen mit besonderen Bedarfen wichtig seien, jedoch die Gefahr bestehe, dass eine Abgrenzung der einzelnen individuellen Bedarfe der Patientinnen und Patienten schwierig sei.
- Viele verschiedene Subgruppen, die je nach individuellen Bedürfnissen und Konstellationen schwierig zu definieren und kategorisieren sind.
- Hinweis, dass Subgruppen je Leistungserbringer sehr klein ausfallen könnten.
- Hinweis, dass vor allem das Interesse der Leistungserbringer an der individuellen Situation und den sich daraus ergebenden besonderen Bedürfnissen relevant sei.
- Hinweis, dass zunächst die Frage nach einem besonderen Bedarf vordergründig ist.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

**Information zur Bedeutung der Adhärenz in der medikamentösen Behandlung (ab post-akuter Phase)**

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Empfehlung, die Einschränkung des Qualitätsmerkmals auf die Behandlung ab der post-akuten Phase aufzuheben, da Patientinnen und Patienten in allen Erkrankungsphasen über die Adhärenz in der medikamentösen Behandlung informiert werden sollten.
- Hinweis, dass Informieren der Patientinnen und Patienten zu einseitig sei.
- Das Qualitätsmerkmal sei inhaltlich nicht präzise genug, da für die Versorgung die kontinuierliche Zusammenarbeit von Behandlerin/Behandler und Patientin/Patient notwendig sei.
- Es wird betont, dass die gemeinsame Abstimmung der Medikation die Basis für Adhärenz darstellt.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

**Information zur Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie (ab post-akuter Phase)**

- Die Expertinnen und Experten sind sich darüber einig, dass das Qualitätsmerkmal ein wichtiges Thema adressiere.
- Es wird angemerkt, dass das Qualitätsmerkmal die Kombination von Pharmakotherapie und anderen Behandlungsalternativen beinhalten sollte. Psychotherapie müssen inhaltlich breiter verstanden werden.

- Es besteht eine enge Verbindung zum Qualitätsmerkmal „Information zu Behandlungsmöglichkeiten“, da Psychotherapie inhaltlich weiter als psychotherapeutische Interventionen verstanden werden müsse und auch Soziotherapie für Patientinnen und Patienten als Behandlungsmöglichkeit relevant sei.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

#### **Erfragen und Berücksichtigen von Vorerfahrungen, Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Medikation (ab post-akuter Phase)**

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Empfehlung, die Einschränkung des Qualitätsmerkmals auf die Behandlung ab der post-akuten Phase aufzuheben, da in allen Erkrankungsphasen die Vorerfahrungen, Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden sollten.
- Hinweis auf Überschneidungen mit dem Qualitätsmerkmal „Erfragen und Berücksichtigen von Vorerfahrungen, Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte“ besteht. Patientenindividuelle Erwartungen und/oder Präferenzen in der medikamentösen Behandlung könnten sich auch bei der Operationalisierung des anderen Qualitätsmerkmals niederschlagen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

#### **Beteiligung der Patientin / des Patienten bei der Auswahl der Medikamente (inkl. Umstellung der Medikation; ab post-akuter Phase)**

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Empfehlung, die Einschränkung des Qualitätsmerkmals auf die Behandlung ab der post-akuten Phase aufzuheben, da in allen Erkrankungsphasen Patientinnen und Patienten bei der Auswahl der Medikamente beteiligt werden sollten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

#### **Erhalt einer Übersicht zur Medikation**

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Es wird betont, dass Patientinnen und Patienten nicht nur eine Übersicht der Medikamente, sondern auch zur erwarteten Wirkung bzw. den Gründen für die Gabe der jeweiligen Medikamente erhalten sollten.
- Hinweis, dass eine Übersicht zur Medikation in der stationären Behandlung noch nicht überall erstellt wird. Dies sei jedoch wichtig und zu unterstützen.
- Hinweis, für die weitere Entwicklung sei zu erwägen, das Qualitätsmerkmal getrennt für die ambulante und stationäre Versorgung weiterzuführen.
- Für die stationäre Versorgung müsse zudem geprüft werden, ob das Qualitätsmerkmal sich auf die Entlassung und/oder die Zeit während der Behandlung beziehe.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

## Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“

### Feste Ansprechperson während der stationären Behandlung (nur stationäre Versorgung)

- Anmerkung der Expertinnen und Experten, dass der Qualitätsaspekt mit Blick auf die Schnittstellen und Sektorenübergänge von Bedeutung für die Versorgung der Patientinnen und Patienten ist. Hinweis an die Expertinnen und Experten, dass der Qualitätsaspekt nicht nur durch die Patientenbefragung, sondern auch durch die QS-Dokumentation der Leistungserbringer und die Sozialdaten bei den Krankenkassen adressiert wird, die weitere Qualitätsmerkmale aufnimmt.
- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig. Hinweis, dass das Qualitätsmerkmal inhaltlich präzisiert werden sollte, sodass eine feste Ansprechperson in einem Krankenhaus erfasst wird, da Stationswechsel möglich sind.
- Hinweis, dass es möglich sein sollte, die Ansprechperson zu wechseln, falls keine Passung zur Patientin / zum Patienten hergestellt werden kann.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

## Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“

### Durchführung einer Nachbesprechung der restriktive Maßnahme mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals für die Versorgung der Patientinnen und Patienten, die eine restriktive Maßnahme erlebt haben, einig.
- Anmerkung der Expertinnen und Experten, dass ein einzelnes Qualitätsmerkmal für den Qualitätsaspekt nicht ausreichend erscheine. Maßnahmen zur Deeskalation seien ebenfalls ein wichtiges Thema in der Versorgung der Patientinnen und Patienten. Hinweis an die Expertinnen und Experten, dass der Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“ auch über die Entwicklung von Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation der Leistungserbringer und Sozialdaten bei den Krankenkassen adressiert werde.
- Hinweis, dass die Durchführung einer Nachbesprechung den Patientinnen und Patienten angeboten werden solle und nicht zwingend durchgeführt werden muss, da nicht alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen das Bedürfnis hätten, über ihre Erfahrungen zu sprechen. Das Qualitätsmerkmal sollte entsprechend umformuliert werden.
- Hinweis, dass das Erleben der Patientinnen und Patienten in der Nachbesprechung thematisiert werden kann, eine patientenindividuelle Bearbeitung der Erfahrung jedoch zu einem späteren Zeitpunkt außerhalb des stationären Versorgungssettings (z. B. im Rahmen einer Psychotherapie oder Psychoedukation) erfolgen könne. Zentral sei, dass Patientinnen und Patienten erfahren, dass es beim Leistungserbringer die Möglichkeit eines Gesprächs über die restriktive Maßnahme gäbe und vom Leistungserbringer Interesse an den Erfahrungen der Patientinnen und Patienten gezeigt werde.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

## **Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“**

### **Information zu Zeitpunkt und Ablauf der Entlassung (nur stationäre Versorgung)**

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Das Qualitätsmerkmal sei zu präzisieren, da unklar sei, wann genau vor der Entlassung der Patientin oder dem Patienten über Zeitpunkt und Ablauf der Entlassung informiert würde. Der Zeitpunkt der Entlassung wird patientenindividuell abhängig von der Erkrankungsphase festgelegt und kann sich auch verändern.
- Wichtig sei, dass die Patientinnen und Patienten vom Zeitpunkt und Ablauf nicht überrascht würden. Dies sei über ein gemeinsames Planen der Entlassung möglich.
- Es besteht eine inhaltliche Überschneidung zum Qualitätsmerkmal „Angebot zur Beteiligung an der Entlassungsplanung“.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

### **Angebot zur Beteiligung an der Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)**

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals für die Entlassung der Patientinnen und Patienten einig.
- Empfehlung, das Qualitätsmerkmal mit dem vorherigen Qualitätsmerkmal zu „Information zum Zeitpunkt und Ablauf der Entlassung“ zusammenzuführen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

### **Angebot zur Einbindung von Angehörigen in die Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)**

- Die Expertinnen und Experten sind sich darüber einig, dass Patientinnen und Patienten die Möglichkeit erhalten sollten, Angehörige einzubeziehen, falls sie dies wünschen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

### **Angebot zur Nutzung des Sozialen Dienstes zur Vorbereitung der Entlassung (nur stationäre Versorgung)**

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals für die Entlassung der Patientinnen und Patienten einig.
- Die Expertinnen und Experten betonen, dass die Bedeutung des Sozialen Dienstes für die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Blick auf die Schnittstellen in der Versorgung generell hoch sei.
- Empfehlung, die Einschränkung des Qualitätsmerkmals auf die Vorbereitung der Entlassung zu streichen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

**Unterstützung bei der Terminvereinbarung mit ambulanten Versorgern (nur stationäre Versorgung)**

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals für die Entlassung der Patientinnen und Patienten einig.
- Hinweis, dass das Aushändigen einer Liste mit Kontaktdaten nicht ausreichend sei. Idealerweise kommt es zur direkten Terminvereinbarung durch den entlassenen Leistungserbringer vor der Entlassung der Patientin / des Patienten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

**Durchführung eines Abschlussgesprächs (nur stationäre Versorgung)**

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals für die Entlassung der Patientinnen und Patienten einig.
- Es sei zu bedenken, dass nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern auch Bezugstherapeutinnen und -therapeuten Abschlussgespräche mit Patientinnen und Patienten führten.
- In einem Abschlussgespräch könne auch eine gemeinsame Reflexion über den stationären Aufenthalt erfolgen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

**Abklären der nächsten Schritte nach der Entlassung im Abschlussgespräch (nur stationäre Versorgung)**

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Es besteht kein weiterer Diskussionsbedarf.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

**Individuelle Information zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen im Abschlussgespräch (nur stationäre Versorgung)**

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- In der weiteren Entwicklung sei zu berücksichtigen, dass eine Überschneidung mit dem Qualitätsmerkmal „Abklären der nächsten Schritte nach der Entlassung im Abschlussgespräch“ vorliegt.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

**Mitgabe eines Notfallplans/Krisenplans (nur stationäre Versorgung)**

- Die Expertinnen und Experten sind sich darüber einig, dass das Qualitätsmerkmal ein wichtiges Thema adressiere.
- Die Expertinnen und Experten betonen, dass die Mitgabe eines Notfallplans/Krisenplans zu einseitig sei.

- Für die weitere Entwicklung könne überlegt werden, das Qualitätsmerkmal inhaltlich auf die gemeinsame Erarbeitung eines Notfallplans/Krisenplans zu fokussieren.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

### **Qualitätsaspekt „Teilhabe“**

- Die Expertinnen und Experten heben die generelle Bedeutung der Teilhabe mit den in den Qualitätsmerkmalen einzeln aufgeführten Punkten als zentrales Ziel der Behandlung hervor. Dies werde jedoch durch mehrere Akteure in der Versorgungskette beeinflusst. Dabei spiele die Vernetzung mit verschiedenen Institutionen eine besonders wichtige Rolle. Mit Blick auf die Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit des Leistungserbringers stünden neben medizinisch-therapeutischen Aspekten der Behandlung, die entsprechende Ressourcen bei den Patientinnen und Patienten und deren Selbsteinschätzung fördern sollen, die Vermittlung und Unterstützung für weiterführende Maßnahmen im Vordergrund.

### **Teilhabe über Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung**

- Die Expertinnen und Experten sind sich in der Bedeutung des Qualitätsmerkmals als wichtiges Ziel der Behandlung einig.
- Vermittlerfunktion des Leistungserbringers hinsichtlich Kontakten und Fachstellen wichtig.
- Hinweis, dass zwischen Patientinnen und Patienten mit einem Arbeitsplatz und solchen ohne Arbeitsplatz zu differenzieren sei.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

### **Teilhabe durch Gestaltung der Wohnsituation**

- Die Expertinnen und Experten sind sich in der Bedeutung des Qualitätsmerkmals als wichtiges Ziel der Behandlung einig.
- Es besteht kein weiterer Diskussionsbedarf.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

### **Teilhabe am Gemeinschaftsleben**

- Die Expertinnen und Experten sind sich in der Bedeutung des Qualitätsmerkmals als wichtiges Ziel der Behandlung einig.
- Hinweis, dass inhaltlich eine Überschneidung der Qualitätsmerkmale „Unterstützung zur Teilhabe am Gemeinschaftsleben“ und „Unterstützung beim Aufbau und Erhalt von sozialen Beziehungen“ vorliegen könne.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

### **Teilhabe durch Aufbau und Erhalt von sozialen Beziehungen**

- Die Expertinnen und Experten sind sich in der Bedeutung des Qualitätsmerkmals als wichtiges Ziel der Behandlung einig.

- Es besteht kein weiterer Diskussionsbedarf.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

**Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur**

- Die Expertinnen und Experten sind sich in der Bedeutung des Qualitätsmerkmals als wichtiges Ziel der Behandlung einig.
- Es besteht kein weiterer Diskussionsbedarf.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# **Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen**

Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen  
der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens  
*Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen  
mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*

Anhang E.1: Fragebögen im kognitiven Pretest

---

**Fragebogen für Patientinnen und Patienten  
mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen  
zu ihrer Behandlung im Krankenhaus**



## Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht.

Ja.....☒

Nein.....☐

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können dann Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja.....☐

Nein.....☒

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten **Ziffern** einzutragen.

	3
--	---

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
<input type="checkbox"/>				

Wenn eine Situation, nach der gefragt wird, immer vorgekommen ist, kreuzen Sie das Kästchen „Immer“ an. Wenn die Situation meistens oder selten vorgekommen ist, wählen Sie das entsprechende Kästchen „Meistens“ oder „Selten“. Wenn die Situation gar nicht vorgekommen ist, kreuzen Sie das Kästchen „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht mehr*“ an.

Bitte beachten Sie die Hinweise: „→ **Bitte weiter mit Frage 5**“.

Wenn auf die von Ihnen angekreuzte Antwort zu einer Frage ein solcher Pfeil mit einer Ziffer folgt, überspringen Sie die folgenden Fragen. Machen Sie mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel wäre das die Frage 5.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unsere Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner unter

Telefon: 030 58 58 26 570

E-Mail: [patientenbefragung@iqtig.org](mailto:patientenbefragung@iqtig.org)

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!



## Aufenthalt im Krankenhaus

Sie wurden in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in der psychiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses behandelt, weil bei Ihnen eine Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störung, die auch als Psychose bezeichnet wird, festgestellt wurde. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dort gesammelt haben. Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **auf Ihren letzten Aufenthalt**.

1)	Wie lange sind Sie im Krankenhaus gewesen?			
	Weniger als eine Woche.....		<input type="checkbox"/>	
	Eine Woche bis weniger als zwei Wochen .....		<input type="checkbox"/>	
	Zwei Wochen bis weniger als vier Wochen .....		<input type="checkbox"/>	
	Vier Wochen bis weniger als sechs Wochen.....		<input type="checkbox"/>	
	Sechs Wochen bis weniger als acht Wochen.....		<input type="checkbox"/>	
	Acht Wochen oder länger .....		<input type="checkbox"/>	
	<i>Weiß nicht mehr</i> .....		<input type="checkbox"/>	

## Organisation des Aufenthalts

2)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen ...	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	... wie Sie sich im Krankenhaus zurechtfinden können (z. B. auf der Station oder Wege zu Therapieräumen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... wie die Abläufe und Regeln auf der Station sind (z. B. Zeiten für Therapiesitzungen, Besuche, Essen, Ruhe, Verlassen der Station)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3)		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Hatten Sie während Ihres Aufenthalts im Krankenhaus eine feste Ansprechperson, an die Sie sich bei Fragen und Wünschen wenden konnten (z. B. eine Pflegekraft)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Sozialdienst

In Krankenhäusern gibt es einen Sozialdienst. Dort beraten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Patientinnen und Patienten vor allem bei persönlichen, finanziellen und beruflichen Angelegenheiten (Sozialberatung).

4)	Wurden Sie im Krankenhaus vom Sozialdienst beraten?
	Ja..... <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

## Erfahrungen mit Pflegekräften

Es geht im Folgenden um Ihre Erfahrungen mit den Pflegekräften in dem Krankenhaus, in dem Sie behandelt wurden.

5)	Wenn Sie an die Pflegekräfte im Krankenhaus denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?																								
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.</i>																								
	<table><thead><tr><th>Die Pflegekräfte haben...</th><th>Immer</th><th>Meistens</th><th>Selten</th><th>Nie</th><th><i>Weiß nicht mehr</i></th></tr></thead><tbody><tr><td>... mich ernst genommen.</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>... mich mit Respekt behandelt.</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>... sich für mich und meine Situation interessiert.</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	Die Pflegekräfte haben...	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>	... mich ernst genommen.	<input type="checkbox"/>	... mich mit Respekt behandelt.	<input type="checkbox"/>	... sich für mich und meine Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>												
Die Pflegekräfte haben...	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>																				
... mich ernst genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
... mich mit Respekt behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
... sich für mich und meine Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				



## Erfahrungen mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Nun geht es um Ihre Erfahrungen mit den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in dem Krankenhaus, in dem Sie behandelt wurden.

6)	Wurden Sie während Ihres Aufenthalts von Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten behandelt?		
	Ja .....	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage 7
	Nein .....	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage 8
	Weiß nicht mehr .....	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage 8

7)	<p>Wenn Sie an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?</p> <p><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.</i></p> <p>Die Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten haben...</p>					
		Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
	... mit mir ungestörte Gespräche geführt.	<input type="checkbox"/>				
	... sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.	<input type="checkbox"/>				
	... mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.	<input type="checkbox"/>				
	... mich ernst genommen.	<input type="checkbox"/>				
	... mich mit Respekt behandelt.	<input type="checkbox"/>				
	... sich für mich und meine Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>				
	... mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.	<input type="checkbox"/>				



## Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen mit den Ärztinnen und Ärzten aus dem Krankenhaus, in dem Sie behandelt wurden.

8)	Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte aus dem Krankenhaus denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.</i>					<i>Weiß nicht mehr</i>
	Die Ärztinnen / Ärzte haben...	Immer	Meistens	Selten	Nie	
	... mit mir ungestörte Gespräche geführt.	<input type="checkbox"/>				
	... sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.	<input type="checkbox"/>				
	... mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.	<input type="checkbox"/>				
	... mich ernst genommen.	<input type="checkbox"/>				
	... mich mit Respekt behandelt.	<input type="checkbox"/>				
	... sich für mich und meine Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>				
... mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Informationen zur Erkrankung und Behandlung

9)	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus erklärt, ... <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.</i>			<i>Weiß nicht mehr</i>
		Ja	Nein	
	... welche Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... wie sich die Erkrankung bei Ihnen bemerkbar machen kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie die Erkrankung bei Ihnen verlaufen kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



10)	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus erklärt, dass Sie zur Behandlung ... <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.</i>	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	... Medikamente einnehmen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... eine Psychotherapie machen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... Medikamente einnehmen können und zusätzlich eine Psychotherapie machen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Bewegungstherapie, Ergotherapie, Kunsttherapie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Allgemeine Behandlungsplanung und Behandlung im Krankenhaus

11)	Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus...	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	... nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... mit Ihnen gemeinsam besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... mit Ihnen besprochen, wie die Behandlung abläuft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12)	Wurden Sie in die Planung Ihrer Behandlung so einbezogen, wie Sie es wollten?	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13)	Haben Sie im Krankenhaus eine Übersicht über Ihre Therapien und Behandlungen erhalten?	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14)	Wurden mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung festgelegt?			
	Ja, es wurden mit mir Ziele festgelegt .....	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage 15	
	Nein, es wurden Ziele ohne mich festgelegt .....	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage 16	
	Nein, es wurden gar keine Ziele festgelegt .....	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage 16	
	<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage 16	



15)		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Wurde mit Ihnen im Verlauf der Behandlung im Krankenhaus über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16)	Wurde bei Ihnen während Ihres Aufenthalts eine Zwangsmaßnahme durchgeführt (Fixieren, Isolieren, Medikamentengabe gegen Ihren ausdrücklichen Willen)?			
	Ja .....	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage 17	
	Nein .....	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage 18	
	<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage 18	

17)	Hat eine Ärztin / ein Arzt oder eine Therapeutin / ein Therapeut mit Ihnen hinterher die Zwangsmaßnahme besprochen?			
	Ja.....	<input type="checkbox"/>		
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....	<input type="checkbox"/>		
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht .....	<input type="checkbox"/>		
	<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>		

### Einnahme von Medikamenten

Bitte denken Sie im Folgenden nur an die Medikamente, die Sie vom Krankenhaus zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung bzw. der Psychose bekommen haben (Psychopharmaka oder Antipsychotika).

18)	Haben Sie zu Ihrer Behandlung im Krankenhaus Medikamente bekommen?			
	Ja.....	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage 19	
	Nein .....	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage 24	
	<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage 24	



19)	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, ...					
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.</i>					
		Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
	... wofür Sie die Medikamente nehmen sollen?	<input type="checkbox"/>				
... wie lange Sie die Medikamente nehmen sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

20)		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Wurden Sie in die Behandlung mit Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten (z. B. Art der Medikamente, die einzunehmende Menge, die Häufigkeit der Einnahme)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21)		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Haben Sie vom Krankenhaus eine Übersicht zu Ihren verordneten Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22)		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Hat eine Ärztin / ein Arzt während Ihres Aufenthaltes gefragt, ob Sie von den Medikamenten Nebenwirkungen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23)		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Hat eine Ärztin / ein Arzt im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Entlassung aus dem Krankenhaus

24)	Wenn Sie an Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Welche Situationen haben Sie erlebt? <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.</i>			
		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Am Ende meines Aufenthalts wurde mit mir ein Abschlussgespräch geführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eine Ärztin / ein Arzt hat mit mir darüber gesprochen, wie es für mich in den nächsten Tagen nach der Entlassung weitergeht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses hat mit mir besprochen, an wen ich mich wenden kann, wenn es mir nach der Entlassung schlecht geht (z. B. an das Notfalltelefon eines Krisendienstes oder ans Krankenhaus).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte genügend Zeit, mich auf meine Entlassung vorzubereiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

25)	Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, einen Termin zur weiteren Behandlung in einer Arztpraxis oder einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) zu vereinbaren?	
	Ja, bei einer Psychiaterin / einem Psychiater oder einer Nervenärztin / einem Nervenarzt in der Praxis.....	<input type="checkbox"/>
	Ja, bei einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) .....	<input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte.....	<input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht.....	<input type="checkbox"/>
	Nein, ich wurde in einer psychiatrischen Tagesklinik weiterbehandelt.....	<input type="checkbox"/>
<i>Weiß nicht mehr.....</i>	<input type="checkbox"/>	

26)		Ja	Nein
	Haben Sie die Behandlung im Krankenhaus gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Unterstützung für die Zeit nach dem Krankenhaus

27)		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen, welche Hilfen es für Sie nach der Entlassung gibt (z. B. ambulanter psychiatrischer Pflegedienst, Psychose-Seminare, Selbsthilfegruppen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?			
	Ja.....	<input type="checkbox"/>		
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....	<input type="checkbox"/>		
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht .....	<input type="checkbox"/>		
	<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>		

29)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihr Zusammenleben mit anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)?			
	Ja.....	<input type="checkbox"/>		
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....	<input type="checkbox"/>		
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht .....	<input type="checkbox"/>		
	<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>		

30)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können?			
	Ja.....	<input type="checkbox"/>		
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....	<input type="checkbox"/>		
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht .....	<input type="checkbox"/>		
	<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>		



31)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen?
	Ja..... <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

### Behandlung nach dem Krankenhaus

32)	Werden Sie aktuell wegen Ihrer Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung bzw. einer Psychose von einer Fachärztin / einem Facharzt behandelt? Damit meinen wir eine Behandlung durch eine Psychiaterin / einen Psychiater oder eine Nervenärztin / einen Nervenarzt in einer Praxis, Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) oder psychiatrischen Tagesklinik.
	Ja..... <input type="checkbox"/> → Bitte weiter mit Frage 33
	Nein, aber ich habe bereits einen Termin..... <input type="checkbox"/> → Bitte weiter mit Frage 34
	Nein, ich habe bis jetzt noch keinen Termin bekommen..... <input type="checkbox"/> → Bitte weiter mit Frage 34
	Nein, ich möchte/brauche das nicht..... <input type="checkbox"/> → Bitte weiter mit Frage 34

33)	Wann hat die Behandlung bei der Fachärztin / dem Facharzt begonnen?
	Innerhalb einer Woche nach meiner Entlassung aus dem Krankenhaus ..... <input type="checkbox"/>
	Zwei Wochen nach meiner Entlassung aus dem Krankenhaus ..... <input type="checkbox"/>
	Drei Wochen nach meiner Entlassung aus dem Krankenhaus ..... <input type="checkbox"/>
	Mehr als drei Wochen nach meiner Entlassung aus dem Krankenhaus ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>



## Wie geht es Ihnen nach der Entlassung?

34)	Durch die Behandlung im Krankenhaus ...	Ja	Nein	Weiß nicht
	... habe ich gelernt mit meiner Erkrankung umzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... weiß ich mehr über meine Erkrankung als vorher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35)		Ja	Nein	Weiß nicht
	Hat Ihnen die Behandlung im Krankenhaus geholfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36)	Wenn Sie daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen? <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.</i>	Immer	Meistens	Selten	Nie
	Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In meiner Freizeit unternehme ich etwas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37)	Wenn Sie an Ihre Erkrankung insgesamt denken: Wie bewerten Sie Ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand?							
	Überhaupt nicht gut							Sehr gut
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.**

38)	Welches Geschlecht haben Sie? Weiblich..... <input type="checkbox"/> Männlich ..... <input type="checkbox"/> Anderes ..... <input type="checkbox"/>
-----	--

39)	In welchem Jahr sind Sie geboren? Geburtsjahr <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> </tr> </table>				

40)	Welchen <u>höchsten</u> allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie? <i>Bitte machen Sie nur ein Kreuz.</i> noch Schüler/in ..... <input type="checkbox"/> von der Schule abgegangen ohne Abschluss ..... <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss oder Volksschulabschluss ..... <input type="checkbox"/> Realschulabschluss (Mittlere Reife) ..... <input type="checkbox"/> Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse ..... <input type="checkbox"/> Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse ..... <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule ..... <input type="checkbox"/> allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) ..... <input type="checkbox"/> anderer Schulabschluss ..... <input type="checkbox"/>
-----	--



41)	Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?	
	Schülerin/Schüler oder Studentin/Student.....	<input type="checkbox"/>
	Berufstätig, in Vollzeit .....	<input type="checkbox"/>
	Berufstätig, in Teilzeit .....	<input type="checkbox"/>
	Berufstätig, geringfügige Beschäftigung .....	<input type="checkbox"/>
	Arbeitslos .....	<input type="checkbox"/>
	Altersrente .....	<input type="checkbox"/>
	Erwerbsunfähigkeitsrente .....	<input type="checkbox"/>
	Hausfrau/-mann .....	<input type="checkbox"/>
	Ausbildung, Umschulung .....	<input type="checkbox"/>
	Wiedereingliederungsmaßnahme .....	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges .....	<input type="checkbox"/>

42)		Ja	Nein
	Wurden Sie vor dem Aufenthalt im Krankenhaus schon einmal wegen der psychischen Erkrankung behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43)		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Wurden Sie in dem Krankenhaus zusätzlich zur psychischen Erkrankung auch wegen einer Suchterkrankung behandelt (z. B. Alkohol, Drogen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44)	Wurden Sie aufgrund einer Zwangseinweisung oder rechtlichen Unterbringung im Krankenhaus behandelt?	
	Ja.....	<input type="checkbox"/>
	Nein .....	<input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>



45) Haben Sie den Fragebogen allein ausgefüllt?

Ja.....

Nein, mit Unterstützung .....

Nein, jemand anderes hat den Fragebogen für mich ausgefüllt.....

**Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!**



**Fragebogen für Patientinnen und Patienten  
mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung  
zu ihrer Behandlung in einer  
Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)**



## Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht.

Ja.....

Nein.....

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können dann Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja.....

Nein.....

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten **Ziffern** einzutragen.

	3
--	---

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
<input type="checkbox"/>				

Wenn eine Situation, nach der gefragt wird, immer vorgekommen ist, kreuzen Sie das Kästchen „Immer“ an. Wenn die Situation meistens oder selten vorgekommen ist, wählen Sie das entsprechende Kästchen „Meistens“ oder „Selten“. Wenn die Situation gar nicht vorgekommen ist, kreuzen Sie das Kästchen „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht mehr*“ an.

Bitte beachten Sie die Hinweise: „→ **Bitte weiter mit Frage 5**“.

Wenn auf die von Ihnen angekreuzte Antwort zu einer Frage ein solcher Pfeil mit einer Ziffer folgt, überspringen Sie die folgenden Fragen. Machen Sie mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel wäre das die Frage 5.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unsere Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner unter

Telefon: 030 58 58 26 570

E-Mail: [patientenbefragung@iqtig.org](mailto:patientenbefragung@iqtig.org)

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!



## Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)

Sie wurden in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) behandelt, weil bei Ihnen eine Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störung, die auch als Psychose bezeichnet wird, festgestellt wurde. Vielleicht sind Sie dort auch noch in Behandlung.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Behandlung in der PIA und Ihre Erfahrungen, die Sie dort gesammelt haben.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **auf die PIA, in der Sie behandelt werden.**

1)	Wann wurden Sie das erste Mal in dieser Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) wegen einer Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung bzw. einer Psychose behandelt?		
	Monat <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		<i>Weiß nicht mehr</i>
	Jahr <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		<input type="checkbox"/>

2)	Werden Sie auch <u>jetzt noch</u> in dieser Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) wegen einer Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung bzw. einer Psychose behandelt?	Ja	Nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Erfahrungen mit den Pflegekräften in der PIA

Es geht im Folgenden um die Pflegekräfte in der PIA, in der Sie behandelt werden.

3)	Hatten Sie in der PIA Kontakt mit Pflegekräften?		
	Ja.....	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage 4
	Nein.....	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage 5
	<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage 5



4)	<p>Wenn Sie an die Pflegekräfte in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?</p> <p><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.</i></p>																														
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 45%;"></th> <th style="width: 10%;">Immer</th> <th style="width: 10%;">Meistens</th> <th style="width: 10%;">Selten</th> <th style="width: 10%;">Nie</th> <th style="width: 15%; text-align: right;"><i>Weiß nicht mehr</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Die Pflegekräfte haben...</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>... mich ernst genommen.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... mich mit Respekt behandelt.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... sich für mich und meine Situation interessiert.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>	Die Pflegekräfte haben...						... mich ernst genommen.	<input type="checkbox"/>	... mich mit Respekt behandelt.	<input type="checkbox"/>	... sich für mich und meine Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>												
	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>																										
Die Pflegekräfte haben...																															
... mich ernst genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
... mich mit Respekt behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
... sich für mich und meine Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										

### **Erfahrungen mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der PIA**

Nun geht es um die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus der PIA, in der Sie behandelt werden.

5)	<p>Wurden Sie in der PIA von Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten behandelt?</p> <p>Ja..... <input type="checkbox"/> → <i>Bitte weiter mit Frage 6</i></p> <p>Nein..... <input type="checkbox"/> → <i>Bitte weiter mit Frage 7</i></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i>..... <input type="checkbox"/> → <i>Bitte weiter mit Frage 7</i></p>
----	---



6) Wenn Sie an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.*

Die Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten haben...	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
... mit mir ungestörte Gespräche geführt.	<input type="checkbox"/>				
... sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.	<input type="checkbox"/>				
... mich in Gesprächen ermutigt Fragen, zu stellen.	<input type="checkbox"/>				
... mich ernst genommen.	<input type="checkbox"/>				
... mich mit Respekt behandelt.	<input type="checkbox"/>				
... sich für mich und meine Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>				
... mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.	<input type="checkbox"/>				



## Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten in der PIA

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Ärztinnen und Ärzte aus der PIA, in der Sie behandelt werden.

7)	Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?					
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.</i>					
	Die Ärztinnen / Ärzten haben...	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
	... mit mir ungestörte Gespräche geführt.	<input type="checkbox"/>				
	... sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.	<input type="checkbox"/>				
	... mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.	<input type="checkbox"/>				
	... mich ernst genommen.	<input type="checkbox"/>				
	... mich mit Respekt behandelt.	<input type="checkbox"/>				
... sich für mich und meine Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Informationen zur Erkrankung und Behandlung

8)	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, ...	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	... welche Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... wie sich die Erkrankung bei Ihnen bemerkbar machen kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... wie die Erkrankung bei Ihnen verlaufen kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



9)	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, dass Sie zur Behandlung ...			<i>Weiß nicht mehr</i>
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.</i>	Ja	Nein	
	... Medikamente einnehmen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... eine Psychotherapie machen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... Medikamente einnehmen können und zusätzlich eine Psychotherapie machen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Sozialtherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Allgemeine Behandlungsplanung und Behandlung in der PIA

10)	Hat eine Ärztin / ein Arzt in der PIA...			<i>Weiß nicht mehr</i>
	... nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?	Ja	Nein	
	... mit Ihnen gemeinsam besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... mit Ihnen besprochen, wie die Behandlung abläuft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11)				<i>Weiß nicht mehr</i>
	Wurden Sie in die Planung Ihrer Behandlung so einbezogen, wie Sie es wollten?	Ja	Nein	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12)				<i>Weiß nicht mehr</i>
	Haben Sie in der PIA eine Übersicht über Ihre Therapien und Behandlungen erhalten?	Ja	Nein	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13)	Wurden mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung in der PIA festgelegt?			
	Ja, es wurden mit mir Ziele festgelegt.....	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage 14	
	Nein, es wurden ohne mich Ziele festgelegt.....	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage 15	
	Nein, es wurden gar keine Ziele festgelegt.....	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage 15	
	<i>Weiß nicht mehr.....</i>	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage 15	



14)		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Wurde mit Ihnen im Verlauf der Behandlung in der PIA über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Einnahme von Medikamenten

Bitte denken Sie im Folgenden an die Medikamente, die Sie in der PIA zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung bzw. der Psychose bekommen haben (Psychopharmaka oder Antipsychotika).

15)	Haben Sie zu Ihrer Behandlung in der PIA Medikamente bekommen?			
	Ja.....	<input type="checkbox"/>		→ Bitte weiter mit Frage 16
	Nein.....	<input type="checkbox"/>		→ Bitte weiter mit Frage 21
	<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>		→ Bitte weiter mit Frage 21

16)	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, ...					
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.</i>					
		Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
	... wofür Sie die Medikamente nehmen sollen?	<input type="checkbox"/>				
	... wie lange Sie die Medikamente nehmen sollen?	<input type="checkbox"/>				
	... welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	<input type="checkbox"/>				

17)		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Wurden Sie in die Behandlung mit Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18)		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Haben Sie von der PIA eine Übersicht zu Ihren verordneten Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



19)		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Haben die Ärztinnen / Ärzte in der PIA während Ihrer Behandlung gefragt, ob Sie von den Medikamenten Nebenwirkungen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20)		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Haben die Ärztinnen / Ärzte in der PIA mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Unterstützung im Alltag

21)	Hat jemand aus der PIA mit Ihnen besprochen,...	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	... an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an die PIA direkt, an das Notfalltelefon eines Krisendienstes oder an ein Krankenhaus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. ambulanter psychiatrischer Pflegedienst, Psychose-Seminare, Selbsthilfegruppen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter der PIA mit besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?			
	Ja.....	<input type="checkbox"/>		
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....	<input type="checkbox"/>		
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht .....	<input type="checkbox"/>		
	<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>		



23)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter der PIA mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihr Zusammenleben mit anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)?	
	Ja.....	<input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....	<input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht .....	<input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>

24)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter der PIA mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können?	
	Ja.....	<input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....	<input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht .....	<input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>

25)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter der PIA mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen?	
	Ja.....	<input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....	<input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht .....	<input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>

**Wie geht es Ihnen durch die Behandlung in der PIA?**

26)	Durch die Behandlung in der PIA ...	Ja	Nein	<i>Weiß nicht</i>
	... habe ich gelernt mit meiner Erkrankung umzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... weiß ich mehr über meine Erkrankung als vorher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



27)		Ja	Nein	<i>Weiß nicht</i>
	Hat Ihnen die Behandlung in der PIA geholfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28)	Wenn Sie daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen? <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.</i>		Immer	Meistens	Selten	Nie
	Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten.	<input type="checkbox"/>				
	Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte.	<input type="checkbox"/>				
	In meiner Freizeit unternehme ich etwas.	<input type="checkbox"/>				
	Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.	<input type="checkbox"/>				

29)	Wenn Sie an Ihre Erkrankung insgesamt denken: Wie bewerten Sie Ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand?  Überhaupt nicht gut <span style="float: right;">Sehr gut</span>
	<input type="checkbox"/>

**Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.**

30)	Welches Geschlecht haben Sie? Weiblich..... <input type="checkbox"/> Männlich ..... <input type="checkbox"/> Anderes ..... <input type="checkbox"/>
-----	--



31) In welchem Jahr sind Sie geboren?

Geburtsjahr

--	--	--	--

32) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

*Bitte machen Sie nur ein Kreuz.*

noch Schüler/in.....

von der Schule abgegangen ohne Abschluss .....

Hauptschulabschluss oder Volksschulabschluss .....

Realschulabschluss (Mittlere Reife) .....

Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse.....

Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse.....

Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule .....

allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) .....

anderer Schulabschluss.....



33)	Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?		
	Schülerin/Schüler oder Studentin/Student .....		<input type="checkbox"/>
	Berufstätig, in Vollzeit .....		<input type="checkbox"/>
	Berufstätig, in Teilzeit .....		<input type="checkbox"/>
	Berufstätig, geringfügige Beschäftigung .....		<input type="checkbox"/>
	Arbeitslos .....		<input type="checkbox"/>
	Altersrente .....		<input type="checkbox"/>
	Erwerbsunfähigkeitsrente .....		<input type="checkbox"/>
	Hausfrau/-mann .....		<input type="checkbox"/>
	Ausbildung, Umschulung .....		<input type="checkbox"/>
	Wiedereingliederungsmaßnahme .....		<input type="checkbox"/>
	Sonstiges .....		<input type="checkbox"/>

34)		Ja	Nein
	Wurden Sie vor der Behandlung in der PIA schon einmal wegen der psychischen Erkrankung behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35)		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Werden Sie in der PIA zusätzlich zur Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung bzw. der Psychose auch wegen einer Suchterkrankung behandelt (z. B. Alkohol, Drogen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36)	Haben Sie den Fragenbogen allein ausgefüllt?	
	Ja.....	<input type="checkbox"/>
	Nein, mit Unterstützung .....	<input type="checkbox"/>
	Nein, jemand anderes hat den Fragebogen für mich ausgefüllt. ....	<input type="checkbox"/>

**Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!**



**Fragebogen für Patientinnen und Patienten  
mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung  
zu ihrer Behandlung in einer Arztpraxis**



## Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht.

Ja.....

Nein.....

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können dann Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja.....

Nein.....

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten **Ziffern** einzutragen.

	3
--	---

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
<input type="checkbox"/>				

Wenn eine Situation, nach der gefragt wird, immer vorgekommen ist, kreuzen Sie das Kästchen „Immer“ an. Wenn die Situation meistens oder selten vorgekommen ist, wählen Sie das entsprechende Kästchen „Meistens“ oder „Selten“. Wenn die Situation gar nicht vorgekommen ist, kreuzen Sie das Kästchen „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht mehr*“ an.

Bitte beachten Sie die Hinweise: „→ **Bitte weiter mit Frage 5**“.

Wenn auf die von Ihnen angekreuzte Antwort zu einer Frage ein solcher Pfeil mit einer Ziffer folgt, überspringen Sie die folgenden Fragen. Machen Sie mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel wäre das die Frage 5.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unsere Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner unter

Telefon: 030 58 58 26 570

E-Mail: [patientenbefragung@iqtig.org](mailto:patientenbefragung@iqtig.org)

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!



## Behandlung in der Praxis

Sie wurden in einer Arztpraxis von einer Psychiaterin / einem Psychiater oder einer Nervenärztin / einem Nervenarzt behandelt, weil bei Ihnen eine Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störung, die auch als Psychose bezeichnet wird, festgestellt wurde. Vielleicht sind Sie dort auch noch in Behandlung.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dabei gesammelt haben.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich auf die Behandlung **in der Arztpraxis, in der Sie behandelt werden.**

1)	Wann wurden Sie das erste Mal in dieser Arztpraxis wegen einer Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung bzw. einer Psychose behandelt?	
	Monat <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: inline-block; vertical-align: middle; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 5px;" type="text"/>	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Jahr <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: inline-block; vertical-align: middle; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: inline-block; vertical-align: middle; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: inline-block; vertical-align: middle; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; display: inline-block; vertical-align: middle;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>

2)	Werden Sie auch <u>jetzt noch</u> in der Arztpraxis wegen einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. einer Psychose behandelt?	Ja	Nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Erfahrungen mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Ärztin oder Ihren Arzt aus der Praxis, in der Sie behandelt werden.

3)	Wenn Sie an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt aus der Praxis denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?					<i>Weiß nicht mehr</i>
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.</i>					
	Meine Ärztin / mein Arzt hat...	Immer	Meistens	Selten	Nie	
	... mit mir ungestörte Gespräche geführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	... sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	... mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	... mich ernst genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	... mich mit Respekt behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	... sich für mich und meine Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

## Informationen zur Erkrankung und Behandlung

4)	Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt erklärt, ...		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	... welche Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	... wie sich die Erkrankung bei Ihnen bemerkbar machen kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	... wie die Erkrankung bei Ihnen verlaufen kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



5)	Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt erklärt, dass Sie zur Behandlung ...			<i>Weiß nicht mehr</i>
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.</i>	Ja	Nein	
	... Medikamente einnehmen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... eine Psychotherapie machen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... Medikamente einnehmen können und zusätzlich eine Psychotherapie machen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Sozialtherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Allgemeine Behandlungsplanung und Behandlung in der Praxis

6)	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt...			<i>Weiß nicht mehr</i>
		Ja	Nein	
	... nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... mit Ihnen gemeinsam besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Ihnen besprochen, wie die Behandlung abläuft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

7)				<i>Weiß nicht mehr</i>
	Wurden Sie in die Planung Ihrer Behandlung so einbezogen, wie Sie es wollten?	Ja	Nein	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8)				<i>Weiß nicht mehr</i>
	Haben Sie von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt eine Übersicht über Ihre Therapien und Behandlungen erhalten?	Ja	Nein	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9)	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung festgelegt?			
	Ja, es wurden mit mir Ziele festgelegt .....	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage 10	
	Nein, es wurden ohne mich Ziele festgelegt.....	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage 11	
	Nein, es wurden gar keine Ziele festgelegt.....	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage 11	
	<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage 11	



10)		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt mit Ihnen im Verlauf der Behandlung über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Einnahme von Medikamenten

Bitte denken Sie im Folgenden an die Medikamente, die Sie von Ihrer Psychiaterin / Ihrem Psychiater oder Ihrer Nervenärztin / Ihrem Nervenarzt zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung bzw. der Psychose bekommen haben (Psychopharmaka oder Antipsychotika).

11)	Haben Sie von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt aus der Praxis Medikamente bekommen?		
	Ja .....	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage 12
	Nein .....	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage 17
	<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage 17

12)	Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt erklärt, ...				
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.</i>				<i>Weiß nicht mehr</i>
	... wofür Sie die Medikamente nehmen sollen?	Immer	Meistens	Selten	Nie
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... wie lange Sie die Medikamente nehmen sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13)		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Wurden Sie in die Behandlung mit Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



14)		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Haben Sie von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt eine Übersicht zu Ihren verordneten Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15)		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt während Ihrer Behandlung gefragt, ob Sie von den Medikamenten Nebenwirkungen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16)		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Unterstützung im Alltag

17)	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt mit Ihnen besprochen,...	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	... an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an die Ärztin / den Arzt selbst, an das Notfalltelefon eines Krisendienstes oder an ein Krankenhaus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... ob Sie eine ambulante psychiatrische Pflege (APP) brauchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Psychose-Seminare, Selbsthilfegruppen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18)	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt mit besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?			
	Ja.....	<input type="checkbox"/>		
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....	<input type="checkbox"/>		
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht .....	<input type="checkbox"/>		
	<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>		



19)	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihr Zusammenleben mit anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)?	
	Ja.....	<input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....	<input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht .....	<input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>

20)	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können?	
	Ja.....	<input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....	<input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht .....	<input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>

21)	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen?	
	Ja.....	<input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....	<input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht .....	<input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>

**Wie geht es Ihnen mit der Behandlung bei Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt?**

22)	Durch die Behandlung bei meiner Ärztin / meinem Arzt...	Ja	Nein	<i>Weiß nicht</i>
	... habe ich gelernt mit meiner Erkrankung umzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... weiß ich mehr über meine Erkrankung als vorher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23)		Ja	Nein	<i>Weiß nicht</i>
	Hat Ihnen die Behandlung bei Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt geholfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



24)	Wenn Sie daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen? <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.</i>	Immer	Meistens	Selten	Nie
	Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In meiner Freizeit unternehme ich etwas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25)	Wenn Sie an Ihre Erkrankung insgesamt denken: Wie bewerten Sie Ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand?							
	Überhaupt nicht gut							Sehr gut
		<input type="checkbox"/>						

**Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten**

26)	Welches Geschlecht haben Sie?	
	Weiblich.....	<input type="checkbox"/>
	Männlich.....	<input type="checkbox"/>
	Anderes .....	<input type="checkbox"/>

27)	In welchem Jahr sind Sie geboren?	
	Geburtsjahr	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>



28) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

*Bitte machen Sie nur ein Kreuz.*

- noch Schüler/in .....
- von der Schule abgegangen ohne Abschluss .....
- Hauptschulabschluss oder Volksschulabschluss .....
- Realschulabschluss (Mittlere Reife) .....
- Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse .....
- Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse .....
- Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule .....
- allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) .....
- anderer Schulabschluss .....

29) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

- Schülerin/Schüler oder Studentin/Student .....
- Berufstätig, in Vollzeit .....
- Berufstätig, in Teilzeit .....
- Berufstätig, geringfügige Beschäftigung .....
- Arbeitslos .....
- Altersrente .....
- Erwerbsunfähigkeitsrente .....
- Hausfrau/-mann .....
- Ausbildung, Umschulung .....
- Wiedereingliederungsmaßnahme .....
- Sonstiges .....



30)	Wurden Sie vor der Behandlung in der Arztpraxis schon einmal wegen der psychischen Erkrankung behandelt?	Ja	Nein	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

31)	Werden Sie von Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt zusätzlich zur Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung bzw. der Psychose auch wegen einer Suchterkrankung behandelt (z. B. Alkohol, Drogen)?	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32)	Haben Sie den Fragenbogen allein ausgefüllt?			
	Ja.....			<input type="checkbox"/>
	Nein, mit Unterstützung .....			<input type="checkbox"/>
	Nein, jemand anderes hat den Fragebogen für mich ausgefüllt .....			<input type="checkbox"/>

**Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!**



**Anhang E.2: Auszug aus dem  
kognitiven Leitfaden  
für das Projekt Patientenbefragung im  
QS-Verfahren Schizophrenie**

**Oktober/November 2017**

**Version: Stationär (Testansatz 1)**

## 1.2 Aufenthalt im Krankenhaus

### Aufenthalt im Krankenhaus

Sie wurden in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in der psychiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses behandelt, weil bei Ihnen eine Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störung, die auch als Psychose bezeichnet wird, festgestellt wurde. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dort gesammelt haben. Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **auf Ihren letzten Aufenthalt**.

1)	Wie lange sind Sie im Krankenhaus gewesen?	
	Weniger als eine Woche .....	<input type="checkbox"/>
	Eine Woche bis weniger als zwei Wochen .....	<input type="checkbox"/>
	Zwei Wochen bis weniger als vier Wochen .....	<input type="checkbox"/>
	Vier Wochen bis weniger als sechs Wochen .....	<input type="checkbox"/>
	Sechs Wochen bis weniger als acht Wochen .....	<input type="checkbox"/>
	Acht Wochen oder länger .....	<input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>

### Hintergrund

#### 1.2.1 Aufenthalt im Krankenhaus – Antwortkategorien

##### Intention:

- Befragte sollen angeben, wie lange sie im Krankenhaus in stationärer Behandlung waren (in Wochen).

##### Ziel:

- Können sich die Befragten an die Dauer des Aufenthalts erinnern?

## Testfragen

→ **Interviewer:** Frage 1 (inklusive Einleitungstext) vorlegen.

**Interviewer:** Wir beginnen nun mit der ersten Frage. Bitte lesen Sie sich die Einleitung und die Frage durch. Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die auf Sie zutrifft. Sagen Sie mir, wenn Sie fertig sind.

*[Interviewer: Die Testperson soll zuerst den Einleitungstext und die erste Frage lesen und beantworten, dann weiter mit nachfolgender Anweisung]*

- 1) Wenn Sie an den Einleitungstext im grauen Kasten denken: Haben Sie sich beim Durchlesen persönlich angesprochen gefühlt?

- 2) Kommen wir nun zur Antwort auf die erste Frage.

Wenn Antwort [WEISS NICHT MEHR]  → Weiter mit 2a

Wenn Antwort in [WOCHEN] angegeben  → Weiter mit 2b

- a) Sie haben [WEISS NICHT MEHR] angegeben. Warum haben Sie diese Antwort gegeben?

- a. *Interviewer: Wenn die ursprünglich angekreuzte Antwortkategorie auf [WEISS NICHT MEHR] geändert wurde, nachfragen:*  
 Warum haben Sie Ihre Antwort geändert?

- i. *Danach: Weiter mit der nächsten Testfrage in Abschnitt 1.3 Frage 3*

- b) Sie haben [Interviewer Anzahl an Wochen einfügen] angegeben. Können Sie mir bitte erläutern, wie Sie auf die Antwort gekommen sind?

- 3) Wie sicher sind Sie sich bezüglich der angegebenen Antwort?

Sehr sicher

Eher sicher

Eher unsicher

Sehr unsicher

- 4) Wie schwierig fanden Sie die Beantwortung der Frage?

Sehr leicht

Eher leicht

Eher schwer

Sehr schwer

- 5) **Interviewer: Wenn die ursprünglich angekreuzte Antwortkategorie geändert wurde, nachfragen:**

- a) Warum haben Sie Ihre Antwort geändert?



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# **Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen**

Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen  
der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens  
*Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen  
mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*

Anhang F.1: Fragebögen im Standard-Pretest

---

**Fragebogen für Patientinnen und Patienten  
mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen  
bzw. Psychose zu Ihrer stationären Behandlung im Krankenhaus**



## Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht.

Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel:

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
<input type="checkbox"/>				

Je nachdem, wie häufig die Situation in Ihrer Erinnerung vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer“, „Meistens“, „Selten“ oder „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht mehr*“ an.

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, wie z. B. ⇒ *Bitte weiter mit Frage 5.*

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die Frage 5.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: (030) 58 58 26 - 570

E-Mail: [patientenbefragung@iqtig.org](mailto:patientenbefragung@iqtig.org) (Stichwort „QS Schizophrenie“)

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

## Stationärer Aufenthalt im Krankenhaus

Sie wurden in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in der psychiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses behandelt, weil bei Ihnen **eine Schizophrenie, schizotype oder wahnhafte Störung, die auch als Psychose** bezeichnet wird, festgestellt wurde. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dort gesammelt haben.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **ausschließlich auf den stationären Aufenthalt in dem Krankenhaus, der in Ihrem Anschreiben genannt ist.**

1)	Wie lange sind Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus gewesen?		
	Weniger als 1 Woche .....		<input type="checkbox"/>
	1 Woche bis weniger als 2 Wochen .....		<input type="checkbox"/>
	2 Wochen bis weniger als 4 Wochen .....		<input type="checkbox"/>
	4 Wochen bis weniger als 6 Wochen .....		<input type="checkbox"/>
	6 Wochen bis weniger als 8 Wochen .....		<input type="checkbox"/>
	8 Wochen oder länger .....		<input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> .....		<input type="checkbox"/>

## Organisation des stationären Aufenthalts

2)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen ...			
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>			
		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	... wie Sie sich im Krankenhaus zurechtfinden können (z. B. auf der Station oder Wege zu Therapieräumen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... wie die Abläufe und Regeln auf der Station sind (z. B. Zeiten für Therapiesitzungen, Besuche, Essen, Ruhe, Verlassen der Station)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Sozialdienst

In Krankenhäusern gibt es einen Sozialdienst. Dort beraten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Patientinnen und Patienten vor allem bei persönlichen, finanziellen und beruflichen Angelegenheiten (Sozialberatung).

3) Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt vom Sozialdienst beraten?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Nein, ich wollte / brauchte das nicht .....

*Weiß nicht mehr* .....

## Erfahrungen mit dem Pflegepersonal

Es geht im Folgenden um Ihre Erfahrungen mit dem Pflegepersonal bei Ihrem stationären Aufenthalt. Mit Pflegepersonal meinen wir die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. die Gesundheits- und Krankenpfleger.

Denken Sie bitte weiterhin nur an den stationären Aufenthalt in dem Krankenhaus, der in Ihrem Anschreiben genannt ist.

4) Wenn Sie an das Pflegepersonal bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

Das Pflegepersonal hat ...	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht
... mich ernst genommen.	<input type="checkbox"/>				
... mich mit Respekt behandelt.	<input type="checkbox"/>				
... sich für mich und meine Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>				

## Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten bei Ihrem stationären Aufenthalt

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen mit den Ärztinnen und Ärzten, die Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt behandelt haben.

Denken Sie bitte weiterhin nur an den stationären Aufenthalt in dem Krankenhaus, der in Ihrem Anschreiben genannt ist.

5) Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

Die Ärztinnen / Ärzte haben ...	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht mehr
... mit mir ungestörte Gespräche geführt.	<input type="checkbox"/>				
... sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.	<input type="checkbox"/>				
... mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.	<input type="checkbox"/>				
... mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.	<input type="checkbox"/>				

6) Wenn Sie weiterhin an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

Die Ärztinnen / Ärzte haben ...	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht
... mich ernst genommen.	<input type="checkbox"/>				
... mich mit Respekt behandelt.	<input type="checkbox"/>				
... sich für mich und meine Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>				

## Informationen zur Erkrankung und Behandlung

7) Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein	Weiß nicht mehr
...welche psychische Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wie sich die psychische Erkrankung bemerkbar machen kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie die psychische Erkrankung verlaufen kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8) Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein	Weiß nicht mehr
... Medikamente bekommen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eine Psychotherapie machen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Medikamente bekommen und zusätzlich eine Psychotherapie machen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Soziotherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Allgemeine Behandlungsplanung und Behandlung bei dem stationären Aufenthalt

9) Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein	Weiß nicht mehr
... nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Ihnen besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10)	<p>Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt in die Planung Ihrer Behandlung so einbezogen, wie Sie es wollten?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
-----	--

11)	<p>Wurden bei dem stationären Aufenthalt mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung festgelegt?</p> <p>Ja, es wurden mit mir Ziele festgelegt ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 12</i></p> <p>Nein, es wurden ohne mich Ziele festgelegt ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 13</i></p> <p>Nein, es wurden gar keine Ziele festgelegt ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 13</i></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 13</i></p>
-----	--

12)	<p>Wurde mit Ihnen im Verlauf der stationären Behandlung über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
-----	---

13)	<p>Wurde bei Ihnen während Ihres stationären Aufenthalts eine Zwangsmaßnahme durchgeführt (Fixieren, Isolieren, Medikamentengabe gegen Ihren ausdrücklichen Willen)?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 14</i></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 15</i></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 15</i></p>
-----	--

14)	<p>Hat eine Ärztin / ein Arzt oder eine Therapeutin / ein Therapeut mit Ihnen hinterher die Zwangsmaßnahme besprochen?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
-----	--

## Einnahme von Medikamenten

Bitte denken Sie im Folgenden **nur** an die Medikamente, die Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose bekommen haben (z. B. Psychopharmaka oder Antipsychotika).

Denken Sie bitte weiterhin nur an den stationären Aufenthalt im Krankenhaus, der in Ihrem Anschreiben genannt ist.

15)	Haben Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose Medikamente bekommen?
Ja .....	<input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 16
Nein .....	<input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 21
Weiß nicht mehr .....	<input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 21

16)	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, ...					
<b>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</b>						
		Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht mehr
... wofür Sie die Medikamente bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie lange Sie die Medikamente bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17)	Wurden Sie in die Behandlung mit den Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten (z. B. Art der Medikamente, die einzunehmende Menge, die Häufigkeit der Einnahme)?
Ja .....	<input type="checkbox"/>
Nein .....	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht mehr .....	<input type="checkbox"/>

18)	Haben Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt eine schriftliche Übersicht zu Ihren Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)?
Ja .....	<input type="checkbox"/>
Nein .....	<input type="checkbox"/>
<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>

19)	Hat eine Ärztin / ein Arzt während Ihres stationären Aufenthalts gefragt, ob Sie von den Medikamenten Nebenwirkungen haben?
Ja .....	<input type="checkbox"/>
Nein .....	<input type="checkbox"/>
<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>

20)	Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen?
Ja .....	<input type="checkbox"/>
Nein .....	<input type="checkbox"/>
<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>

**Entlassung aus dem Krankenhaus**  
Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus.  
Denken Sie bitte weiterhin nur an den stationären Aufenthalt in dem Krankenhaus, der in Ihrem Anschreiben genannt ist.

21)	Wurde mit Ihnen am Ende Ihres stationären Aufenthalts ein Abschlussgespräch geführt?
Ja .....	<input type="checkbox"/>
Nein .....	<input type="checkbox"/>
<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>

22)	Hat eine Ärztin / ein Arzt mit Ihnen darüber gesprochen, wie es für Sie in den nächsten Tagen nach der Entlassung weitergeht?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

23)	Hatten Sie genügend Zeit, sich auf Ihre Entlassung vorzubereiten?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

24)	Wurden Sie während Ihres stationären Aufenthalts vom Krankenhaus unterstützt, einen Termin zur weiteren psychiatrischen Behandlung in einer Arztpraxis oder einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) zu vereinbaren?
	Ja, bei einer Psychiaterin / einem Psychiater oder einer Nervenärztin / einem Nervenarzt in der Praxis ..... <input type="checkbox"/>
	Ja, bei einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wurde in einer psychiatrischen Tagesklinik weiterbehandelt ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

25)	Haben Sie die stationäre Behandlung im Krankenhaus gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>

## Unterstützung für die Zeit nach dem stationären Aufenthalt im Krankenhaus

26)	<p>Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, ...</p> <p><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Nein</th> <th style="width: 10%; text-align: center;"><i>Weiß nicht mehr</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>... an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an das Krankenhaus direkt oder an das Notfalltelefon eines Krisendienstes)?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst (APP))?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>	... an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an das Krankenhaus direkt oder an das Notfalltelefon eines Krisendienstes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst (APP))?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>										
... an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an das Krankenhaus direkt oder an das Notfalltelefon eines Krisendienstes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
... welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst (APP))?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
27)	<p>Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>												
28)	<p>Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Beziehungen zu anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>												
29)	<p>Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>												

30)	<p>Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
-----	--

**Behandlung nach dem stationären Aufenthalt im Krankenhaus**

31)	<p>Werden Sie seit Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus wegen Ihrer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. Ihrer Psychose von einer Fachärztin / einem Facharzt weiter behandelt?</p> <p>Mit Fachärztin / Facharzt meinen wir eine Psychiaterin / einen Psychiater oder eine Nervenärztin / einen Nervenarzt in einer Praxis, Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) oder psychiatrischen Tagesklinik.</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 32</i></p> <p>Nein, aber ich habe bereits einen Termin ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 33</i></p> <p>Nein, ich habe bis jetzt noch keinen Termin bekommen ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 33</i></p> <p>Nein, ich möchte / brauche das nicht ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 33</i></p>
-----	--

32)	<p>Wenn Sie an die Zeit seit Ihrer Entlassung denken: Wann hat die Behandlung bei der Fachärztin / dem Facharzt begonnen?</p> <p>Innerhalb 1 Woche nach der Entlassung ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nach 1 Woche bis weniger als 2 Wochen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nach 2 Wochen bis weniger als 3 Wochen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nach 3 Wochen oder später ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
-----	---

## Wie geht es Ihnen nach der Entlassung?

33) Haben Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus gelernt, besser mit Ihrer psychischen Erkrankung umzugehen?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Nein, ich wollte / brauchte das nicht .....

*Weiß nicht* .....

34) Wissen Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus mehr über Ihre psychische Erkrankung als vorher?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Nein, ich wollte / brauchte das nicht .....

*Weiß nicht* .....

35) Hat Ihnen die stationäre Behandlung im Krankenhaus geholfen?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht* .....

36) Wenn Sie daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Immer	Meistens	Selten	Nie
Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In meiner Freizeit unternehme ich etwas (z. B. Spaziergehen, Sport, ins Kino gehen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

37) Wenn Sie weiter daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig kommen die folgenden Situationen vor?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Immer	Meistens	Selten	Nie
Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38) Wenn Sie an Ihre psychische Erkrankung insgesamt denken: Wie bewerten Sie Ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand?

Überhaupt nicht gut						Sehr gut
<input type="checkbox"/>						

**Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.**

39) Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich .....

Männlich .....

Anderes .....

40) In welchem Jahr sind Sie geboren?

Geburtsjahr 

--	--	--	--

41) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

*Bitte machen Sie nur ein Kreuz!*

- noch Schüler/in .....
- von der Schule abgegangen ohne Abschluss .....
- Hauptschulabschluss oder Volksschulabschluss .....
- Realschulabschluss (Mittlere Reife) .....
- Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse .....
- Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse .....
- Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule .....
- allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/ Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) .....
- anderer Schulabschluss .....

42) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

- Schüler/in oder Student/in .....
- Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden) ....
- Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden) .....
- Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) .....
- Arbeitslos .....
- Altersrente .....
- Erwerbsunfähigkeitsrente .....
- Hausfrau/-mann .....
- Ausbildung, Umschulung .....
- Wiedereingliederungsmaßnahme .....
- Sonstiges .....

43)	Wurden Sie vor Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus schon einmal wegen der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose behandelt?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>

44)	Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus zusätzlich zur Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose auch wegen einer Suchterkrankung behandelt (z. B. Alkohol, Drogen)?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

45)	Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt aufgrund einer Zwangseinweisung oder rechtlichen Unterbringung behandelt?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

46)	Haben Sie den Fragenbogen allein ausgefüllt?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, mit Unterstützung ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, jemand anderes hat den Fragebogen für mich ausgefüllt ..... <input type="checkbox"/>

**Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!**

**Fragebogen für Patientinnen und Patienten  
mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen  
bzw. Psychose zu Ihrer Behandlung in einer  
Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)**



## Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht.

Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel:

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
<input type="checkbox"/>				

Je nachdem, wie häufig die Situation in Ihrer Erinnerung vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer“, „Meistens“, „Selten“ oder „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht mehr*“ an.

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, wie z. B. ⇒ *Bitte weiter mit Frage 5.*

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die Frage 5.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: (030) 58 58 26 - 570

E-Mail: [patientenbefragung@iqtig.org](mailto:patientenbefragung@iqtig.org) (Stichwort „QS Schizophrenie“)

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

### Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)

Sie wurden in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) behandelt, weil bei Ihnen **eine Schizophrenie, schizotype oder wahnhaftige Störung, die auch als Psychose** bezeichnet wird, festgestellt wurde. Vielleicht sind Sie dort auch noch in Behandlung. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dort gesammelt haben.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **ausschließlich auf die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), die in Ihrem Anschreiben genannt ist.**

1)	<p>Wie lange sind Sie bisher in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) wegen Ihrer psychischen Erkrankung in Behandlung?</p> <p>Wenn Sie nicht mehr in der PIA behandelt werden, geben Sie bitte an, wie lange Sie dort waren.</p> <p>Weniger als 4 Monate ..... <input type="checkbox"/></p> <p>4 Monate bis weniger als 8 Monate ..... <input type="checkbox"/></p> <p>8 Monate bis weniger als 12 Monate ..... <input type="checkbox"/></p> <p>12 Monate (1 Jahr) bis weniger als 24 Monate (2 Jahre) ..... <input type="checkbox"/></p> <p>24 Monate (2 Jahre) bis weniger als 36 Monate (3 Jahre) ..... <input type="checkbox"/></p> <p>36 Monate (3 Jahre) oder länger ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
----	---

2)	<p>Werden Sie auch <u>jetzt noch</u> in dieser Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) wegen einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. einer Psychose behandelt?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p>
----	--

### Erfahrungen mit dem Pflegepersonal in der PIA

Es geht im Folgenden um das Pflegepersonal in der PIA, in der Sie behandelt wurden bzw. behandelt werden. Mit Pflegepersonal meinen wir die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. die Gesundheits- und Krankenpfleger.

Denken Sie bitte weiterhin nur an die PIA, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

3)	Hatten Sie in der PIA Kontakt mit dem Pflegepersonal?
	Ja ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 4</i>
	Nein ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 5</i>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 5</i>

4)	Wenn Sie an das Pflegepersonal in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?																								
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>																								
	<table><thead><tr><th>Das Pflegepersonal hat ...</th><th>Immer</th><th>Meistens</th><th>Selten</th><th>Nie</th><th><i>Weiß nicht</i></th></tr></thead><tbody><tr><td>... mich ernst genommen.</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>... mich mit Respekt behandelt.</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>... sich für mich und meine Situation interessiert.</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	Das Pflegepersonal hat ...	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht</i>	... mich ernst genommen.	<input type="checkbox"/>	... mich mit Respekt behandelt.	<input type="checkbox"/>	... sich für mich und meine Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>												
Das Pflegepersonal hat ...	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht</i>																				
... mich ernst genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
... mich mit Respekt behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
... sich für mich und meine Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				

## Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten in der PIA

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen mit Ihren Ärztinnen und Ärzten aus der PIA, in der Sie behandelt wurden bzw. behandelt werden.

Denken Sie bitte weiterhin nur an die PIA, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

5) Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

Die Ärztinnen / Ärzte haben ...	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht mehr
... mit mir ungestörte Gespräche geführt.	<input type="checkbox"/>				
... sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.	<input type="checkbox"/>				
... mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.	<input type="checkbox"/>				
... mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.	<input type="checkbox"/>				

6) Wenn Sie weiterhin an die Ärztinnen und Ärzte in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

Die Ärztinnen / Ärzte haben ...	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht
... mich ernst genommen.	<input type="checkbox"/>				
... mich mit Respekt behandelt.	<input type="checkbox"/>				
... sich für mich und meine Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>				

## Informationen zur Erkrankung und Behandlung

7) Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein	Weiß nicht mehr
...welche psychische Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wie sich die psychische Erkrankung bemerkbar machen kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie die psychische Erkrankung verlaufen kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8) Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, dass Sie zur Behandlung ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein	Weiß nicht mehr
... Medikamente bekommen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eine Psychotherapie machen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Medikamente bekommen und zusätzlich eine Psychotherapie machen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Soziotherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Allgemeine Behandlungsplanung und Behandlung in der PIA

9) Hat eine Ärztin / ein Arzt in der PIA ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein	Weiß nicht mehr
... nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Ihnen besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10)	Wurden Sie in die Planung Ihrer Behandlung in der PIA so einbezogen, wie Sie es wollten?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

11)	Wurden mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung in der PIA festgelegt?
	Ja, es wurden mit mir Ziele festgelegt ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 12</i>
	Nein, es wurden ohne mich Ziele festgelegt ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 13</i>
	Nein, es wurden gar keine Ziele festgelegt ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 13</i>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 13</i>

12)	Wurde mit Ihnen im Verlauf der Behandlung in der PIA über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

**Einnahme von Medikamenten**

Bitte denken Sie im Folgenden **nur** an die Medikamente, die Sie in der PIA zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose verordnet bekommen haben (z. B. Psychopharmaka oder Antipsychotika).

Denken Sie bitte weiterhin nur an die PIA, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

13)	Haben Sie in der PIA zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose Medikamente verordnet bekommen?
	Ja ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 14</i>
	Nein ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 19</i>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 19</i>

14) Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht mehr
... wofür Sie die verordneten Medikamente bekommen?	<input type="checkbox"/>				
... wie lange Sie die verordneten Medikamente bekommen?	<input type="checkbox"/>				
... welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die verordneten Medikamente haben können?	<input type="checkbox"/>				

15) Wurden Sie in die Behandlung mit den verordneten Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten (z. B. Art der Medikamente, die einzunehmende Menge, die Häufigkeit der Einnahme)?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

16) Haben Sie von der PIA eine schriftliche Übersicht zu Ihren verordneten Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

17) Haben die Ärztinnen / Ärzte in der PIA während Ihrer Behandlung gefragt, ob Sie von den verordneten Medikamenten Nebenwirkungen haben?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

18)	Haben die Ärztinnen / Ärzte in der PIA mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der verordneten Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

**Unterstützung im Alltag**

19)	Hat jemand aus der PIA mit Ihnen besprochen, ...			
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>			
		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	... an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an die PIA direkt, an das Notfalltelefon eines Krisendienstes oder an ein Krankenhaus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst (APP))?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter der PIA mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

21)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter der PIA mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Beziehungen zu anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

22)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter der PIA mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

23)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter der PIA mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

**Wie geht es Ihnen durch die Behandlung in der PIA?**

24)	Haben Sie durch die Behandlung in der PIA gelernt, besser mit Ihrer psychischen Erkrankung umzugehen?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht</i> ..... <input type="checkbox"/>

25)	Wissen Sie durch die Behandlung in der PIA mehr über Ihre psychische Erkrankung als vorher?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht</i> ..... <input type="checkbox"/>

26) Hat Ihnen die Behandlung in der PIA bisher geholfen?

Ja .....

Nein .....

Weiß nicht .....

27) Wenn Sie daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Immer	Meistens	Selten	Nie
Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In meiner Freizeit unternehme ich etwas (z. B. Spaziergehen, Sport, ins Kino gehen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28) Wenn Sie weiterhin daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Immer	Meistens	Selten	Nie
Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29) Wenn Sie an Ihre psychische Erkrankung insgesamt denken: Wie bewerten Sie Ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand?

Überhaupt nicht gut							Sehr gut
<input type="checkbox"/>							

**Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.**

30)	Welches Geschlecht haben Sie?
	Weiblich ..... <input type="checkbox"/>
	Männlich ..... <input type="checkbox"/>
	Anderes ..... <input type="checkbox"/>

31)	In welchem Jahr sind Sie geboren?				
	Geburtsjahr <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				

32)	Welchen <u>höchsten</u> allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?
	<i>Bitte machen Sie nur ein Kreuz!</i>
	noch Schüler/in ..... <input type="checkbox"/>
	von der Schule abgegangen ohne Abschluss ..... <input type="checkbox"/>
	Hauptschulabschluss oder Volksschulabschluss ..... <input type="checkbox"/>
	Realschulabschluss (Mittlere Reife) ..... <input type="checkbox"/>
	Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse ..... <input type="checkbox"/>
	Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse ..... <input type="checkbox"/>
	Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule ..... <input type="checkbox"/>
	allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) ..... <input type="checkbox"/>
	anderer Schulabschluss ..... <input type="checkbox"/>

33)	Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?
	Schüler/in oder Student/in ..... <input type="checkbox"/>
	Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden) .... <input type="checkbox"/>
	Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden) ..... <input type="checkbox"/>
	Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) ..... <input type="checkbox"/>
	Arbeitslos ..... <input type="checkbox"/>
	Altersrente ..... <input type="checkbox"/>
	Erwerbsunfähigkeitsrente ..... <input type="checkbox"/>
	Hausfrau/-mann ..... <input type="checkbox"/>
	Ausbildung, Umschulung ..... <input type="checkbox"/>
	Wiedereingliederungsmaßnahme ..... <input type="checkbox"/>
	Sonstiges ..... <input type="checkbox"/>

34)	Wurden Sie vor der Behandlung in der PIA schon einmal wegen der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose behandelt?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>

35)	Wurden oder werden Sie in der PIA zusätzlich zur Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose auch wegen einer Suchterkrankung behandelt (z. B. Alkohol, Drogen)?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

36) Haben Sie den Fragebogen allein ausgefüllt?

Ja .....

Nein, mit Unterstützung .....

Nein, jemand anderes hat den Fragebogen für mich ausgefüllt .....

**Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!**





**Fragebogen für Patientinnen und Patienten  
mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen  
bzw. Psychose zu Ihrer Behandlung in einer Arztpraxis**



## Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht.

Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel:

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
<input type="checkbox"/>				

Je nachdem, wie häufig die Situation in Ihrer Erinnerung vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer“, „Meistens“, „Selten“ oder „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht mehr*“ an.

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, wie z. B. ⇒ *Bitte weiter mit Frage 5.*

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die Frage 5.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: (030) 58 58 26 - 570

E-Mail: [patientenbefragung@iqtig.org](mailto:patientenbefragung@iqtig.org) (Stichwort „QS Schizophrenie“)

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

## Behandlung in der Praxis

Sie wurden in einer Arztpraxis von einer Psychiaterin / einem Psychiater oder einer Nervenärztin / einem Nervenarzt behandelt, weil bei Ihnen **eine Schizophrenie, schizotype oder wahnhafte Störung, die auch als Psychose** bezeichnet wird, festgestellt wurde. Vielleicht sind Sie dort auch noch in Behandlung. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dort gesammelt haben.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **ausschließlich auf die Arztpraxis, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.**

1)	<p>Wie lange sind Sie bisher in der Arztpraxis wegen Ihrer psychischen Erkrankung in Behandlung?</p> <p>Wenn Sie nicht mehr in der Arztpraxis behandelt werden, geben Sie bitte an, wie lange Sie dort waren.</p> <p>Weniger als 4 Monate ..... <input type="checkbox"/></p> <p>4 Monate bis weniger als 8 Monate ..... <input type="checkbox"/></p> <p>8 Monate bis weniger als 12 Monate ..... <input type="checkbox"/></p> <p>12 Monate (1 Jahr) bis weniger als 24 Monate (2 Jahre) ..... <input type="checkbox"/></p> <p>24 Monate (2 Jahre) bis weniger als 36 Monate (3 Jahre) ..... <input type="checkbox"/></p> <p>36 Monate (3 Jahre) oder länger ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
2)	<p>Werden Sie auch <u>jetzt noch</u> in dieser Arztpraxis wegen einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. einer Psychose behandelt?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p>

### Erfahrungen mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt aus der Praxis, in der Sie behandelt wurden bzw. behandelt werden.

Denken Sie bitte weiterhin nur an die Praxis, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

3) Wenn Sie an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt aus der Praxis denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

Meine Ärztin / mein Arzt hat ...	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht mehr
... mit mir ungestörte Gespräche geführt.	<input type="checkbox"/>				
... sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.	<input type="checkbox"/>				
... mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.	<input type="checkbox"/>				
... mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.	<input type="checkbox"/>				

4) Wenn Sie weiterhin an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt aus der Praxis denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

Meine Ärztin / mein Arzt hat ...	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht
... mich ernst genommen.	<input type="checkbox"/>				
... mich mit Respekt behandelt.	<input type="checkbox"/>				
... sich für mich und meine Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>				

## Informationen zur Erkrankung und Behandlung

5) Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein	Weiß nicht mehr
...welche psychische Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wie sich die psychische Erkrankung bemerkbar machen kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wie die psychische Erkrankung verlaufen kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6) Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, dass Sie zur Behandlung ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein	Weiß nicht mehr
... Medikamente bekommen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eine Psychotherapie machen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Medikamente bekommen und zusätzlich eine Psychotherapie machen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Soziotherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Allgemeine Behandlungsplanung und Behandlung in der Praxis

7) Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein	Weiß nicht mehr
... nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Ihnen besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8)	Wurden Sie in die Planung Ihrer Behandlung in der Praxis so einbezogen, wie Sie es wollten?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

9)	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung in der Praxis festgelegt?
	Ja, es wurden mit mir Ziele festgelegt ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 10</i>
	Nein, es wurden ohne mich Ziele festgelegt ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 11</i>
	Nein, es wurden gar keine Ziele festgelegt ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 11</i>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 11</i>

10)	Wurde mit Ihnen im Verlauf der Behandlung in der Praxis über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

**Einnahme von Medikamenten**

Bitte denken Sie im Folgenden **nur** an die Medikamente, die Sie von Ihrer Fachärztin / Ihrem Facharzt (z. B. Psychiaterin / Psychiater oder Nervenärztin / Nervenarzt) zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose verordnet bekommen haben (z. B. Psychopharmaka oder Antipsychotika).

Denken Sie bitte weiterhin nur an die Praxis, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

11)	Haben Sie von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt aus der Praxis zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose Medikamente verordnet bekommen?
	Ja ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 12</i>
	Nein ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 17</i>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <i>Bitte weiter mit Frage 17</i>

12) Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht mehr
... wofür Sie die verordneten Medikamente bekommen?	<input type="checkbox"/>				
... wie lange Sie die verordneten Medikamente bekommen?	<input type="checkbox"/>				
... welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die verordne- ten Medikamente haben können?	<input type="checkbox"/>				

13) Wurden Sie in die Behandlung mit den verordneten Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten (z. B. Art der Medikamente, die einzunehmende Menge, die Häufigkeit der Einnahme)?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

14) Haben Sie von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt aus der Praxis eine schriftliche Übersicht zu Ihren verordneten Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

15) Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis während Ihrer Behandlung gefragt, ob Sie von den verordneten Medikamenten Nebenwirkungen haben?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

16) Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der verordneten Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

**Unterstützung im Alltag**

17) Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
... an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an die Ärztin / den Arzt selbst, an das Notfalltelefon eines Krisendienstes oder an ein Krankenhaus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst (APP))?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18) Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Nein, ich wollte / brauchte das nicht .....

*Weiß nicht mehr* .....

19) Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Beziehungen zu anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Nein, ich wollte / brauchte das nicht .....

*Weiß nicht mehr* .....

20)	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

21)	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

**Wie geht es Ihnen mit der Behandlung bei Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt aus der Praxis?**

22)	Haben Sie durch die Behandlung in der Praxis gelernt, besser mit Ihrer psychischen Erkrankung umzugehen?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht</i> ..... <input type="checkbox"/>

23)	Wissen Sie durch die Behandlung in der Praxis mehr über Ihre psychische Erkrankung als vorher?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht</i> ..... <input type="checkbox"/>

24) Hat Ihnen die Behandlung bei Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt aus der Praxis bisher geholfen?

Ja .....

Nein .....

Weiß nicht .....

25) Wenn Sie daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Immer	Meistens	Selten	Nie
Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In meiner Freizeit unternehme ich etwas (z. B. Spaziergehen, Sport, ins Kino gehen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26) Wenn Sie weiterhin daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Immer	Meistens	Selten	Nie
Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27) Wenn Sie an Ihre psychische Erkrankung insgesamt denken: Wie bewerten Sie Ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand?

Überhaupt nicht gut							Sehr gut
<input type="checkbox"/>							

**Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.**

28) Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich .....

Männlich .....

Anderes .....

29) In welchem Jahr sind Sie geboren?

Geburtsjahr 

--	--	--	--

30) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

*Bitte machen Sie nur ein Kreuz!*

noch Schüler/in .....

von der Schule abgegangen ohne Abschluss .....

Hauptschulabschluss oder Volksschulabschluss .....

Realschulabschluss (Mittlere Reife) .....

Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse .....

Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse .....

Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule .....

allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) .....

anderer Schulabschluss .....

31)	Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?
	Schüler/in oder Student/in ..... <input type="checkbox"/>
	Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden) .... <input type="checkbox"/>
	Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden) ..... <input type="checkbox"/>
	Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) ..... <input type="checkbox"/>
	Arbeitslos ..... <input type="checkbox"/>
	Altersrente ..... <input type="checkbox"/>
	Erwerbsunfähigkeitsrente ..... <input type="checkbox"/>
	Hausfrau/-mann ..... <input type="checkbox"/>
	Ausbildung, Umschulung ..... <input type="checkbox"/>
	Wiedereingliederungsmaßnahme ..... <input type="checkbox"/>
	Sonstiges ..... <input type="checkbox"/>

32)	Wurden Sie vor der Behandlung in der Arztpraxis schon einmal wegen der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose behandelt?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>

33)	Wurden oder werden Sie von Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt zusätzlich zur Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose auch wegen einer Suchterkrankung behandelt (z. B. Alkohol, Drogen)?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

34) Haben Sie den Fragebogen allein ausgefüllt?

Ja .....

Nein, mit Unterstützung .....

Nein, jemand anderes hat den Fragebogen für mich ausgefüllt .....

**Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!**







**Anhang F.2: Übersicht über die Variablen (Codebook)**

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
PADauerKH	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie lange sind Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus gewesen?</li> </ul>	1 = Weniger als 1 Woche 2 = 1 Woche bis weniger als 2 Wochen 3 = 2 Wochen bis weniger als 4 Wochen 4 = 4 Wochen bis weniger als 6 Wochen 5 = 6 Wochen bis weniger als 8 Wochen 6 = 8 Wochen oder länger -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
PADauerAmbBeh	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie lange sind Sie bisher in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) wegen Ihrer psychischen Erkrankung in Behandlung?</li> <li>▪ Wie lange sind Sie bisher in der Arztpraxis wegen Ihrer psychischen Erkrankung in Behandlung?</li> </ul>	1 = Weniger als 4 Monate 2 = 4 Monate bis weniger als 8 Monate 3 = 8 Monate bis weniger als 12 Monate 4 = 12 Monate (1 Jahr) bis weniger als 24 Monate (2 Jahre) 5 = 24 Monate (2 Jahre) bis weniger als 36 Monate (3 Jahre) 6 = 36 Monate (3 Jahre) oder länger -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
PAAktBeh	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Werden Sie auch jetzt noch in dieser Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) wegen einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. einer Psychose behandelt?</li> <li>▪ Werden Sie auch jetzt noch in dieser Arztpraxis wegen einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. einer Psychose behandelt?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein -99 = Keine Angabe
MAOrgaKH	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen wie Sie sich im Krankenhaus zurechtfinden können (z. B. auf der Station oder Wege zu Therapieräumen)?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
MARegelKH	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen wie die Abläufe und Regeln auf der Station sind (z. B. Zeiten für Therapiesitzungen, Besuche, Essen, Ruhe, Verlassen der Station)?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
PASozDienstKH	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt vom Sozialdienst beraten?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte -90 = Nein, ich wollte / brauchte das nicht -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
PAKontaktPPPIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hatten Sie in der PIA Kontakt mit dem Pflegepersonal?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
PPERnstGen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wenn Sie an das Pflegepersonal bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Das Pflegepersonal hat mich ernst genommen.</li> </ul> </li> <li>▪ Wenn Sie an das Pflegepersonal in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Das Pflegepersonal hat mich ernst genommen.</li> </ul> </li> </ul>	100 = Immer 67 = Meistens 33 = Selten 0 = Nie -97 = Weiß nicht -99 = Keine Angabe
PPRespektBeh	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wenn Sie an das Pflegepersonal bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Das Pflegepersonal hat mich mit Respekt behandelt.</li> </ul> </li> <li>▪ Wenn Sie an das Pflegepersonal in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Das Pflegepersonal hat mich mit Respekt behandelt.</li> </ul> </li> </ul>	100 = Immer 67 = Meistens 33 = Selten 0 = Nie -97 = Weiß nicht -99 = Keine Angabe
PPInteresse	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wenn Sie an das Pflegepersonal bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Das Pflegepersonal hat sich für mich und meine Situation interessiert.</li> </ul> </li> <li>▪ Wenn Sie an das Pflegepersonal in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Das Pflegepersonal hat sich für mich und meine Situation interessiert.</li> </ul> </li> </ul>	100 = Immer 67 = Meistens 33 = Selten 0 = Nie -97 = Weiß nicht -99 = Keine Angabe

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
ARUngGesp	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Die Ärztinnen / Ärzte haben mit mir ungestörte Gespräche geführt.</li> </ul> </li> <li>▪ Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Die Ärztinnen / Ärzte haben mit mir ungestörte Gespräche geführt.</li> </ul> </li> <li>▪ Wenn Sie an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt aus der Praxis denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Meine Ärztin / mein Arzt hat mit mir ungestörte Gespräche geführt.</li> </ul> </li> </ul>	100 = Immer 67 = Meistens 33 = Selten 0 = Nie -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
ARZeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Die Ärztinnen / Ärzte haben sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.</li> </ul> </li> <li>▪ Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Die Ärztinnen / Ärzte haben sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.</li> </ul> </li> <li>▪ Wenn Sie an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt aus der Praxis denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Meine Ärztin / mein Arzt hat sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.</li> </ul> </li> </ul>	100 = Immer 67 = Meistens 33 = Selten 0 = Nie -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
ARErmutigtFr	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Die Ärztinnen / Ärzte haben mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.</li> </ul> </li> <li>▪ Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Die Ärztinnen / Ärzte haben mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.</li> </ul> </li> </ul>	100 = Immer 67 = Meistens 33 = Selten 0 = Nie -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wenn Sie an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt aus der Praxis denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Meine Ärztin / mein Arzt hat mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.</li> </ul> </li> </ul>	
ARAngeVer	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Die Ärztinnen / Ärzte haben mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.</li> </ul> </li> <li>▪ Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Die Ärztinnen / Ärzte haben mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.</li> </ul> </li> <li>▪ Wenn Sie an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt aus der Praxis denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Meine Ärztin / mein Arzt hat mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.</li> </ul> </li> </ul>	100 = Immer 67 = Meistens 33 = Selten 0 = Nie -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
ARErnstGen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wenn Sie weiterhin an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Die Ärztinnen / Ärzte haben mich ernst genommen.</li> </ul> </li> <li>▪ Wenn Sie weiterhin an die Ärztinnen und Ärzte in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Die Ärztinnen / Ärzte haben mich ernst genommen.</li> </ul> </li> <li>▪ Wenn Sie an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt aus der Praxis denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Meine Ärztin/ mein Arzt hat mich ernst genommen.</li> </ul> </li> </ul>	100 = Immer 67 = Meistens 33 = Selten 0 = Nie -97 = Weiß nicht -99 = Keine Angabe

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
ARRespektBeh	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wenn Sie weiterhin an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Die Ärztinnen / Ärzte haben mich mit Respekt behandelt.</li> </ul> </li> <li>▪ Wenn Sie weiterhin an die Ärztinnen und Ärzte in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Die Ärztinnen / Ärzte haben mich mit Respekt behandelt.</li> </ul> </li> <li>▪ Wenn Sie an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt aus der Praxis denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Meine Ärztin / mein Arzt hat mich mit Respekt behandelt.</li> </ul> </li> </ul>	100 = Immer 67 = Meistens 33 = Selten 0 = Nie -97 = Weiß nicht -99 = Keine Angabe
ARInteresse	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wenn Sie weiterhin an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Die Ärztinnen / Ärzte haben sich für mich und meine Situation interessiert.</li> </ul> </li> <li>▪ Wenn Sie weiterhin an die Ärztinnen und Ärzte in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Die Ärztinnen / Ärzte haben sich für mich und meine Situation interessiert.</li> </ul> </li> <li>▪ Wenn Sie an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt aus der Praxis denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Meine Ärztin / mein Arzt hat sich für mich und meine Situation interessiert.</li> </ul> </li> </ul>	100 = Immer 67 = Meistens 33 = Selten 0 = Nie -97 = Weiß nicht -99 = Keine Angabe
ARErkFest	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, welche psychische Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde?</li> <li>▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, welche psychische Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde?</li> <li>▪ Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, welche psychische Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
ARErkBemerk	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, wie sich die psychische Erkrankung bemerkbar machen kann?</li> <li>▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, wie sich die psychische Erkrankung bemerkbar machen kann?</li> <li>▪ Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, wie sich die psychische Erkrankung bemerkbar machen kann?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
ARErkVerlauf	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, wie die psychische Erkrankung verlaufen kann?</li> <li>▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, wie die psychische Erkrankung verlaufen kann?</li> <li>▪ Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, wie die psychische Erkrankung verlaufen kann?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
ARMed	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen können?</li> <li>▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen können?</li> <li>▪ Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen können?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
ARPsycht	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung eine Psychotherapie machen können?</li> <li>▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, dass Sie zur Behandlung eine Psychotherapie machen können?</li> <li>▪ Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, dass Sie zur Behandlung eine Psychotherapie machen können?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
ARMedPsycht	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen und zusätzlich eine Psychotherapie machen können?</li> <li>▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen und zusätzlich eine Psychotherapie machen können?</li> <li>▪ Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen und zusätzlich eine Psychotherapie machen können?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
ARAndTherapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Soziotherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie)?</li> <li>▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, dass Sie zur Behandlung an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Soziotherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie)?</li> <li>▪ Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, dass Sie zur Behandlung an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Soziotherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie)?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
ARWünsche	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?</li> <li>▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?</li> <li>▪ Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
ARBestBeh	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?</li> <li>▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA mit Ihnen besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?</li> <li>▪ Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
ARAblaufBeh	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?</li> <li>▪ Hat eine Ärztin / ein Arzt in der PIA mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?</li> <li>▪ Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
PAEinbBehPlan	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt in die Planung Ihrer Behandlung so einbezogen, wie Sie es wollten?</li> <li>▪ Wurden Sie in die Planung Ihrer Behandlung in der PIA so einbezogen, wie Sie es wollten?</li> <li>▪ Wurden Sie in die Planung Ihrer Behandlung in der Praxis so einbezogen, wie Sie es wollten?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
PAGemZiel	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wurden bei dem stationären Aufenthalt mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung festgelegt?</li> <li>▪ Wurden mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung in der PIA festgelegt?</li> <li>▪ Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung in der Praxis festgelegt?</li> </ul>	100 = Ja, es wurde mit mir Ziele festgelegt 0 = Nein, es wurden ohne mich Ziele festgelegt 0 = Nein, es wurden gar keine Ziele festgelegt -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
PAZielGesp	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wurde mit Ihnen im Verlauf der stationären Behandlung über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)?</li> <li>▪ Wurde mit Ihnen im Verlauf der Behandlung in der PIA über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)?</li> <li>▪ Wurde mit Ihnen im Verlauf der Behandlung in der Praxis über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
PAZwangsmKH	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wurde bei Ihnen während Ihres stationären Aufenthalts eine Zwangsmaßnahme durchgeführt (Fixieren, Isolieren, Medikamentengabe gegen Ihren ausdrücklichen Willen)?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
ARGespZwangsmKH	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hat eine Ärztin / ein Arzt oder eine Therapeutin / ein Therapeut mit Ihnen hinterher die Zwangsmaßnahme besprochen?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte -90 = Nein, ich wollte / brauchte das nicht -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
PAMed	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Haben Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose Medikamente bekommen?</li> <li>▪ Haben Sie in der PIA zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose Medikamente verordnet bekommen?</li> <li>▪ Haben Sie von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt aus der Praxis zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose Medikamente verordnet bekommen?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
ARErklMed	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wofür Sie die Medikamente bekommen?</li> <li>▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, wofür Sie die Medikamente bekommen?</li> <li>▪ Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, wofür Sie die Medikamente bekommen?</li> </ul>	100 = Immer 67 = Meistens 33 = Selten 0 = Nie -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
ARDauerMed	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wie lange Sie die Medikamente bekommen?</li> <li>▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, wie lange Sie die Medikamente bekommen?</li> <li>▪ Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, wie lange Sie die Medikamente bekommen?</li> </ul>	100 = Immer 67 = Meistens 33 = Selten 0 = Nie -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
ARNebWechsMed	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?</li> <li>▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?</li> <li>▪ Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?</li> </ul>	100 = Immer 67 = Meistens 33 = Selten 0 = Nie -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
PAEinbMed	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wurden Sie in die Behandlung mit den Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten (z. B. Art der Medikamente, die einzunehmende Menge, die Häufigkeit der Einnahme)?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wurden Sie in die Behandlung mit den verordneten Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten (z. B. Art der Medikamente, die einzunehmende Menge, die Häufigkeit der Einnahme)?</li> </ul>	
PAÜbersMed	<ul style="list-style-type: none"> <li>Haben Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt eine schriftliche Übersicht zu Ihren Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)?</li> <li>Haben Sie von der PIA eine schriftliche Übersicht zu Ihren verordneten Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)?</li> <li>Haben Sie von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt aus der Praxis eine schriftliche Übersicht zu Ihren verordneten Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
ARNebMed	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hat eine Ärztin / ein Arzt während Ihres stationären Aufenthalts gefragt, ob Sie von den Medikamenten Nebenwirkungen haben?</li> <li>Haben die Ärztinnen / Ärzte in der PIA während Ihrer Behandlung gefragt, ob Sie von den verordneten Medikamenten Nebenwirkungen haben?</li> <li>Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis während Ihrer Behandlung gefragt, ob Sie von den verordneten Medikamenten Nebenwirkungen haben?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
ARAbspMed	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen?</li> <li>Haben die Ärztinnen / Ärzte in der PIA mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der verordneten Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen?</li> <li>Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der verordneten Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
PAAbschlussgespKH	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wurde mit Ihnen am Ende Ihres stationären Aufenthalts ein Abschlussgespräch geführt?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
ARVorgehenEntlKH	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hat eine Ärztin / ein Arzt mit Ihnen darüber gesprochen, wie es für Sie in den nächsten Tagen nach der Entlassung weitergeht?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
PAVorbEntlKH	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hatten Sie genügend Zeit, sich auf Ihre Entlassung vorzubereiten?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
PATerminAmbKH	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wurden Sie während Ihres stationären Aufenthaltes vom Krankenhaus unterstützt, einen Termin zur weiteren psychiatrischen Behandlung in einer Arztpraxis oder einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) zu vereinbaren?</li> </ul>	100 = Ja, bei einer Psychiaterin / einem Psychiater oder einer Nervenärztin / einem Nervenarzt in der Praxis 100 = Ja, bei einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) 0 = Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte -90 = Nein, ich wollte / brauchte das nicht -90 = Nein, ich wurde in einer psychiatrischen Tagesklinik weiterbehandelt -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
PAAbbrKH	<ul style="list-style-type: none"> <li>Haben Sie die stationäre Behandlung im Krankenhaus gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein -99 = Keine Angabe
MAGespSchlecht	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an das Krankenhaus direkt oder an das Notfalltelefon eines Krisendienstes)?</li> <li>Hat jemand aus der PIA mit Ihnen besprochen, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an die PIA direkt, an das Notfalltelefon eines Krisendienstes oder an ein Krankenhaus)?</li> <li>Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an die Ärztin / den Arzt selbst, an das Notfalltelefon eines Krisendienstes oder an ein Krankenhaus)?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
MAGespHilfen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst (APP))?</li> <li>Hat jemand aus der PIA mit Ihnen besprochen, welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst (APP))?</li> <li>Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst (APP))?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
MAGespTagPlan	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?</li> <li>Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter der PIA mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?</li> <li>Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte -90 = Nein, ich wollte / brauchte das nicht -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
MAGespBezGest	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Beziehungen zu anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)?</li> <li>▪ Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter der PIA mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Beziehungen zu anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)?</li> <li>▪ Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Beziehungen zu anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)?</li> </ul>	<p>100 = Ja</p> <p>0 = Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</p> <p>-90 = Nein, ich wollte / brauchte das nicht</p> <p>-98 = Weiß nicht mehr</p> <p>-99 = Keine Angabe</p>
MAGespFreizGest	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können?</li> <li>▪ Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter der PIA mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können?</li> <li>▪ Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können?</li> </ul>	<p>100 = Ja</p> <p>0 = Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</p> <p>-90 = Nein, ich wollte / brauchte das nicht</p> <p>-98 = Weiß nicht mehr</p> <p>-99 = Keine Angabe</p>
MAGespArbAusb	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen?</li> <li>▪ Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter der PIA mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen?</li> <li>▪ Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen?</li> </ul>	<p>100 = Ja</p> <p>0 = Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</p> <p>-90 = Nein, ich wollte / brauchte das nicht</p> <p>-98 = Weiß nicht mehr</p> <p>-99 = Keine Angabe</p>
PAAmbWeiterb	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Werden Sie seit Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus wegen Ihrer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. Ihrer Psychose von einer Fachärztin / einem Facharzt weiter behandelt?</li> </ul>	<p>100 = Ja</p> <p>100 = Nein, aber ich habe bereits einen Termin</p> <p>0 = Nein, ich habe bis jetzt noch keinen Termin bekommen</p>

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
		-90 = Nein, ich wollte / brauchte das nicht -99 = Keine Angabe
PAWannWeiterb	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wenn Sie an die Zeit seit Ihrer Entlassung denken: Wann hat die Behandlung bei der Fachärztin / dem Facharzt begonnen?</li> </ul>	1 = Innerhalb 1 Woche nach der Entlassung 2 = Nach 1 Woche bis weniger als 2 Wochen 3 = Nach 2 Wochen bis weniger als 3 Wochen 4 = Nach 3 Wochen oder später -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
PAUmgErk	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Haben Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus gelernt, besser mit Ihrer psychischen Erkrankung umzugehen?</li> <li>▪ Haben Sie durch die Behandlung in der PIA gelernt, besser mit Ihrer psychischen Erkrankung umzugehen?</li> <li>▪ Haben Sie durch die Behandlung in der Praxis gelernt, besser mit Ihrer psychischen Erkrankung umzugehen?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte -90 = Nein, ich wollte / brauchte das nicht -97 = Weiß nicht -99 = Keine Angabe
PAWissen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wissen Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus mehr über Ihre psychische Erkrankung als vorher?</li> <li>▪ Wissen Sie durch die Behandlung in der PIA mehr über Ihre psychische Erkrankung als vorher?</li> <li>▪ Wissen Sie durch die Behandlung in der Praxis mehr über Ihre psychische Erkrankung als vorher?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte -90 = Nein, ich wollte / brauchte das nicht -97 = Weiß nicht -99 = Keine Angabe
PABehGeholfen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hat Ihnen die stationäre Behandlung im Krankenhaus geholfen?</li> <li>▪ Hat Ihnen die Behandlung in der PIA bisher geholfen?</li> <li>▪ Hat Ihnen die Behandlung bei Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt aus der Praxis bisher geholfen?</li> </ul>	100 = Ja 0 = Nein -97 = Weiß nicht -99 = Keine Angabe

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
PAFreundTref	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wenn Sie daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen? <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten.</li> </ul> </li> </ul>	100 = Immer 67 = Meistens 33 = Selten 0 = Nie -99 = Keine Angabe
PAFreizGest	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wenn Sie daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen? <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ In meiner Freizeit unternehme ich etwas (z. B. Spazierengehen, Sport, ins Kino gehen).</li> </ul> </li> </ul>	100 = Immer 67 = Meistens 33 = Selten 0 = Nie -99 = Keine Angabe
PAAlleinsein	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wenn Sie weiterhin daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen? <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte.</li> </ul> </li> </ul>	0 = Immer 33 = Meistens 67 = Selten 100 = Nie -99 = Keine Angabe
PAVornehmSchaff	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wenn Sie weiterhin daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen? <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.</li> </ul> </li> </ul>	0 = Immer 33 = Meistens 67 = Selten 100 = Nie -99 = Keine Angabe

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
PABewZustand	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wenn Sie an Ihre psychische Erkrankung insgesamt denken: Wie bewerten Sie Ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand?</li> </ul>	1 = 1 (Überhaupt nicht gut) 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 6 = 6 7 = 7 (Sehr gut) -99 = Keine Angabe
PAGeschl	<ul style="list-style-type: none"> <li>Welches Geschlecht haben Sie?</li> </ul>	1 = Weiblich 2 = Männlich 3 = Anderes -99 = Keine Angabe
PAGebjahr	<ul style="list-style-type: none"> <li>In welchem Jahr sind Sie geboren?</li> </ul>	(Jahres-)Zahl eingeben -99 = Keine Angabe
PASchulAbschl	<ul style="list-style-type: none"> <li>Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?</li> </ul>	1 = noch Schüler/in 2 = von der Schule abgegangen ohne Abschluss 3 = Hauptschulabschluss oder Volksschulabschluss 4 = Realschulabschluss (Mittlere Reife) 5 = Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
		<p>6 = Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse</p> <p>7 = Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule</p> <p>8 = allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur</p> <p>9 = anderer Schulabschluss</p> <p>-99 = Keine Angabe</p>
PABeruf	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?</li> </ul>	<p>1 = Schüler/in oder Student/in</p> <p>2 = Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden)</p> <p>3 = Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden)</p> <p>4 = Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden)</p> <p>5 = Arbeitslos</p> <p>6 = Altersrente</p> <p>7 = Erwerbsunfähigkeitsrente</p> <p>8 = Hausfrau/-mann</p> <p>9 = Ausbildung, Umschulung</p> <p>10 = Wiedereingliederungsmaßnahme</p> <p>11 = Sonstiges</p> <p>-99 = Keine Angabe</p>

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
PAVorherBeh	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wurden Sie vor Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus schon einmal wegen der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose behandelt?</li> </ul>	1 = Ja 0 = Nein -99 = Keine Angabe
PASucht	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus zusätzlich zur Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose auch wegen einer Suchterkrankung behandelt?</li> </ul>	1 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
PAZwangseinw	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt aufgrund einer Zwangseinweisung oder rechtlichen Unterbringung behandelt?</li> </ul>	1 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
PAFbAusgef	<ul style="list-style-type: none"> <li>Haben Sie den Fragebogen allein ausgefüllt?</li> </ul>	1 = Ja 2 = Nein, mit Unterstützung 3 = Nein, jemand anderes hat den Fragebogen für mich ausgefüllt -99 = Keine Angabe

## Anhang F.3: Darstellung der Häufigkeiten sowie Lage- und Streuungsmaße der Items

### Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wie lange sind Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus gewesen?“ (PADauerKH) .....	7
Tabelle 2: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wie lange sind Sie bisher in der Arztpraxis wegen Ihrer psychischen Erkrankung in Behandlung?“ (PADauerAmbBeh) .....	8
Tabelle 3: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen wie Sie sich im Krankenhaus zurechtfinden können (z. B. auf der Station oder Wege zu Therapieräumen)?“ (MAOrgaKH) .....	9
Tabelle 4: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen wie die Abläufe und Regeln auf der Station sind (z. B. Zeiten für Therapiesitzungen, Besuche, Essen, Ruhe, Verlassen der Station)?“ (MARegelKH).....	9
Tabelle 5: Häufigkeitsverteilung der Variable „Werden Sie auch jetzt noch in dieser Arztpraxis wegen einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. einer Psychose behandelt?“ (PAAktBeh) .....	10
Tabelle 6: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt vom Sozialdienst beraten?“ (PASozDienstKH) .....	10
Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hatten Sie in der PIA Kontakt mit dem Pflegepersonal?“ (PAKontaktPPPIA) .....	11
Tabelle 8: Häufigkeitsverteilung der Variable „Das Pflegepersonal hat mich ernst genommen.“ (PPErnstGen) .....	12
Tabelle 9: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Das Pflegepersonal hat mich ernst genommen.“ (PPErnstGen) .....	12
Tabelle 10: Häufigkeitsverteilung der Variable „Das Pflegepersonal hat mich mit Respekt behandelt.“ (PPRespektBeh).....	13
Tabelle 11: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Das Pflegepersonal hat mich mit Respekt behandelt.“ (PPRespektBeh).....	13
Tabelle 12: Häufigkeitsverteilung der Variable „Das Pflegepersonal hat sich für mich und meine Situation interessiert.“ (PPInteresse) .....	14
Tabelle 13: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Das Pflegepersonal hat sich für mich und meine Situation interessiert.“ (PPInteresse) .....	14
Tabelle 14: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mit mir ungestörte Gespräche geführt.“ (ARUngGesp).....	15
Tabelle 15: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mit mir ungestörte Gespräche geführt.“ (ARUngGesp).....	15
Tabelle 16: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.“ (ARZeit).....	16

Tabelle 17: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.“ (ARZeit)..... 16

Tabelle 18: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.“ (ARErmutigFr) ..... 17

Tabelle 19: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.“ (ARErmutigFr) ..... 17

Tabelle 20: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.“ (ARAngeVer)..... 18

Tabelle 21: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.“ (ARAngeVer)..... 18

Tabelle 22: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich ernst genommen.“ (ARErnstGen)..... 19

Tabelle 23: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich ernst genommen.“ (ARErnstGen)..... 19

Tabelle 24: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich mit Respekt behandelt.“ (ARRespektBeh) ..... 20

Tabelle 25: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich mit Respekt behandelt.“ (ARRespektBeh) ..... 20

Tabelle 26: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben sich für mich und meine Situation interessiert.“ (ARInteresse)..... 21

Tabelle 27: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben sich für mich und meine Situation interessiert.“ (ARInteresse) ..... 21

Tabelle 28: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, welche psychische Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde?“ (ARErkFest)..... 22

Tabelle 29: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, wie sich die psychische Erkrankung bemerkbar machen kann?“ (ARErkBemerk)..... 22

Tabelle 30: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, wie die psychische Erkrankung verlaufen kann?“ (ARErkVerlauf)..... 23

Tabelle 31: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen können?“ (ARMed) ..... 23

Tabelle 32: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung eine Psychotherapie machen können?“ (ARPsycht) ..... 24

Tabelle 33: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen und zusätzlich eine Psychotherapie machen können?“ (ARMedPsycht)..... 24

Tabelle 34: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Soziotherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie)?“ (ARAndTherapie).....	25
Tabelle 35: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?“ (ARWünsche) .....	25
Tabelle 36: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?“ (ARBestBeh) .....	26
Tabelle 37: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?“ (ARAblaufBeh).....	26
Tabelle 38: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt in die Planung Ihrer Behandlung so einbezogen, wie Sie es wollten?“ (PAEinbBehPlan) .....	27
Tabelle 39: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden bei dem stationären Aufenthalt mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung festgelegt?“ (PAGemZiel) .....	27
Tabelle 40: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurde mit Ihnen im Verlauf der stationären Behandlung über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)?“ (PAZielGesp).....	28
Tabelle 41: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurde bei Ihnen während Ihres stationären Aufenthalts eine Zwangsmaßnahme durchgeführt (Fixieren, Isolieren, Medikamentengabe gegen Ihren ausdrücklichen Willen)?“ (PAZwangsmKH).....	29
Tabelle 42: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt oder eine Therapeutin / ein Therapeut mit Ihnen hinterher die Zwangsmaßnahme besprochen?“ (ARGespZwangsmKH).....	29
Tabelle 43: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose Medikamente bekommen?“ (PAMed).....	30
Tabelle 44: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wofür Sie die Medikamente bekommen?“ (ARErklMed) .....	31
Tabelle 45: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wofür Sie die Medikamente bekommen?“ (ARErklMed) .....	31
Tabelle 46: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wie lange Sie die Medikamente bekommen?“ (ARDauerMed).....	32
Tabelle 47: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wie lange Sie die Medikamente bekommen?“ (ARDauerMed).....	32
Tabelle 48: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?“ (ARNebWechsMed).....	33

Tabelle 49: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?“ (ARNebWechsMed).....	33
Tabelle 50: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie in die Behandlung mit den Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten (z. B. Art der Medikamente, die einzunehmende Menge, die Häufigkeit der Einnahme)?“ (PAEinbMed) .....	34
Tabelle 51: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt eine schriftliche Übersicht zu Ihren Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)?“ (PAÜbersMed).....	34
Tabelle 52: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt während Ihres stationären Aufenthalts gefragt, ob Sie von den Medikamenten Nebenwirkungen haben?“ (ARNebMed).....	35
Tabelle 53: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen?“ (ARAbspMed) .....	35
Tabelle 54: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurde mit Ihnen am Ende Ihres stationären Aufenthalts ein Abschlussgespräch geführt?“ (PAAbschlussgespKH) .....	36
Tabelle 55: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt mit Ihnen darüber gesprochen, wie es für Sie in den nächsten Tagen nach der Entlassung weitergeht?“ (ARVorgehenEntlKH).....	36
Tabelle 56: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hatten Sie genügend Zeit, sich auf Ihre Entlassung vorzubereiten?“ (PAVorbEntlKH).....	37
Tabelle 57: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie während Ihres stationären Aufenthalts vom Krankenhaus unterstützt, einen Termin zur weiteren psychiatrischen Behandlung in einer Arztpraxis oder einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) zu vereinbaren?“ (PATerminAmbKH).....	38
Tabelle 58: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie die stationäre Behandlung im Krankenhaus gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen?“ (PAAbbrKH) .....	38
Tabelle 59: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an das Krankenhaus direkt oder an das Notfalltelefon eines Krisendienstes)?“ (MAGespSchlecht) .....	39
Tabelle 60: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst (APP))?“ (MAGespHilfen).....	39
Tabelle 61: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?“ (MAGespTagPlan).....	40
Tabelle 62: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre	

Beziehungen zu anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)?“ (MAGespBezGest).....	40
Tabelle 63: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können?“ (MAGespFreizGest).....	41
Tabelle 64: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen?“ (MAGespArbAusb) .....	41
Tabelle 65: Häufigkeitsverteilung der Variable „Werden Sie seit Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus wegen Ihrer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. Ihrer Psychose von einer Fachärztin / einem Facharzt weiter behandelt?“ (PAAmbWeiterb).....	42
Tabelle 66: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wenn Sie an die Zeit seit Ihrer Entlassung denken: Wann hat die Behandlung bei der Fachärztin / dem Facharzt begonnen?“ (PAWannWeiterb).....	42
Tabelle 67: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus gelernt, besser mit Ihrer psychischen Erkrankung umzugehen?“ (PAUmgErk).....	43
Tabelle 68: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wissen Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus mehr über Ihre psychische Erkrankung als vorher?“ (PAWissen).....	43
Tabelle 69: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen die stationäre Behandlung im Krankenhaus geholfen?“ (PABehGeholfen).....	44
Tabelle 70: Häufigkeitsverteilung der Variable „Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten.“ (PAFreundTref).....	44
Tabelle 71: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten.“ (PAFreundTref).....	44
Tabelle 72: Häufigkeitsverteilung der Variable „In meiner Freizeit unternehme ich etwas (z. B. Spazierengehen, Sport, ins Kino gehen).“ (PAFreizGest) .....	45
Tabelle 73: Lage- und Streuungsmaße der Variable „In meiner Freizeit unternehme ich etwas (z. B. Spazierengehen, Sport, ins Kino gehen).“ (PAFreizGest).....	45
Tabelle 74: Häufigkeitsverteilung der Variable „Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte.“ (PAAlleinsein).....	46
Tabelle 75: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte.“ (PAAlleinsein).....	46
Tabelle 76: Häufigkeitsverteilung der Variable „Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.“ (PAVornehmSchaff) .....	47
Tabelle 77: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.“ (PAVornehmSchaff) .....	47
Tabelle 78: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wenn Sie an Ihre psychische Erkrankung insgesamt denken: Wie bewerten Sie Ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand?“ (PABewZustand).....	48

Tabelle 79: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Wenn Sie an Ihre psychische Erkrankung insgesamt denken: Wie bewerten Sie Ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand?“ (PABewZustand) .....	48
Tabelle 80: Häufigkeitsverteilung der Variable „Welches Geschlecht haben Sie?“ (PAGeschl) .	49
Tabelle 81: Häufigkeitsverteilung der Variable „In welchem Jahr sind Sie geboren?“ (PAGebjahr).....	49
Tabelle 82: Häufigkeitsverteilung der Variable „Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?“ (PASchulAbschl) .....	50
Tabelle 83: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?“ (PABeruf).....	51
Tabelle 84: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie vor Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus schon einmal wegen der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose behandelt?“ (PAVorherBeh).....	52
Tabelle 85: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus zusätzlich zur Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose auch wegen einer Suchterkrankung behandelt (z. B. Alkohol, Drogen)?“ (PASucht) .....	53
Tabelle 86: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt aufgrund einer Zwangseinweisung oder rechtlichen Unterbringung behandelt?“ (PAZwangseinw).....	53
Tabelle 87: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie den Fragebogen allein ausgefüllt?“ (PAFbAusgef) .....	54

Tabelle 1: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wie lange sind Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus gewesen?“ (PADauerKH)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Weniger als 1 Woche	0	0,0	0,0	0,0
	1 Woche bis weniger als 2 Wochen	2	3,6	3,6	3,6
	2 Wochen bis weniger als 4 Wochen	9	16,1	16,1	19,6
	4 Wochen bis weniger als 6 Wochen	12	21,4	21,4	41,1
	6 Wochen bis weniger als 8 Wochen	16	28,6	28,6	69,6
	8 Wochen oder länger	17	30,4	30,4	100,0
	Gesamt	56	100,0	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	0	0,0		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	0	0,0		
<b>Gesamt</b>		56	100,0		

Aufgrund von Rundungen kann es bei der Summe zu Werten kommen, die nicht genau 100,0 entsprechen.

Tabelle 2: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wie lange sind Sie bisher in der Arztpraxis wegen Ihrer psychischen Erkrankung in Behandlung?“ (PADauerAmbBeh)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Weniger als 4 Monate	1	1,4	1,5	1,5
	4 Monate bis weniger als 8 Monate	2	2,8	3,0	4,5
	8 Monate bis weniger als 12 Monate	5	6,9	7,6	12,1
	12 Monate (1 Jahr) bis weniger als 24 Monate (2 Jahre)	4	5,6	6,1	18,2
	24 Monate (2 Jahre) bis weniger als 36 Monate (3 Jahre)	6	8,3	9,1	27,3
	36 Monate (3 Jahre) oder länger	48	66,7	72,7	100,0
	Gesamt	66	91,7	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	2	2,8		
	Keine Angabe	4	5,6		
	Gesamt	6	8,3		
<b>Gesamt</b>		72	100,0		

Tabelle 3: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen wie Sie sich im Krankenhaus zurechtfinden können (z. B. auf der Station oder Wege zu Therapieräumen)?“ (MAOrgaKH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	41	73,2	82,0	82,0
	Nein (0)	9	16,1	18,0	100,0
	Gesamt	50	89,3	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	4	7,1		
	Keine Angabe	2	3,6		
	Gesamt	6	10,7		
<b>Gesamt</b>		56	100,0		

Tabelle 4: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen wie die Abläufe und Regeln auf der Station sind (z. B. Zeiten für Therapiesitzungen, Besuche, Essen, Ruhe, Verlassen der Station)?“ (MARegelKH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	47	83,9	88,7	88,7
	Nein (0)	6	10,7	11,3	100,0
	Gesamt	53	94,6	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	3	5,4		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	3	5,4		
<b>Gesamt</b>		56	100,0		

Tabelle 5: Häufigkeitsverteilung der Variable „Werden Sie auch jetzt noch in dieser Arztpraxis wegen einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. einer Psychose behandelt?“ (PAAktBeh)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja	69	95,8	97,2	97,2
	Nein	2	2,8	2,8	100,0
	Gesamt	71	98,6	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	0	0,0		
	Keine Angabe	1	1,4		
	Gesamt	1	1,4		
<b>Gesamt</b>		72	100,0		

Tabelle 6: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt vom Sozialdienst beraten?“ (PASozDienstKH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	27	48,2	96,4	96,4
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	1	1,8	3,6	100,0
	Gesamt	28	50,0	100,0	
<b>Fehlend</b>	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	27	48,2		
	Weiß nicht mehr	1	1,8		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	28	50,0		
<b>Gesamt</b>		56	100,0		

Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hatten Sie in der PIA Kontakt mit dem Pflegepersonal?“ (PAKontaktPPPIA)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja	11	64,7	68,8	68,8
	Nein	5	29,4	31,3	100,0
	Gesamt	16	94,1	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	1	5,9		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	1	5,9		
<b>Gesamt</b>		17	100,0		

Tabelle 8: Häufigkeitsverteilung der Variable „Das Pflegepersonal hat mich ernst genommen.“ (PPErnstGen)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Immer (100)	42	57,5	62,7	62,7
	Meistens (67)	22	30,1	32,8	95,5
	Selten (33)	2	2,7	3,0	98,5
	Nie (0)	1	1,4	1,5	100,0
	Gesamt	67	91,8	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht	0	0,0		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Systemdefiniert fehlend	6	8,2		
	Gesamt	6	8,2		
<b>Gesamt</b>		73	100,0		

Tabelle 9: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Das Pflegepersonal hat mich ernst genommen.“ (PPErnstGen)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	85,7
Standardabweichung	21,0

Tabelle 10: Häufigkeitsverteilung der Variable „Das Pflegepersonal hat mich mit Respekt behandelt.“ (PPRespektBeh)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Immer (100)	51	69,9	76,1	76,1
	Meistens (67)	15	20,5	22,4	98,5
	Selten (33)	1	1,4	1,5	100,0
	Nie (0)	0	0,0	0,0	100,0
	Gesamt	67	91,8	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht	0	0,0		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Systemdefiniert fehlend	6	8,2		
	Gesamt	6	8,2		
<b>Gesamt</b>		73	100,0		

Tabelle 11: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Das Pflegepersonal hat mich mit Respekt behandelt.“ (PPRespektBeh)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	91,6
Standardabweichung	15,6

Tabelle 12: Häufigkeitsverteilung der Variable „Das Pflegepersonal hat sich für mich und meine Situation interessiert.“ (PPInteresse)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Immer (100)	36	49,3	56,3	56,3
	Meistens (67)	25	34,2	39,1	95,4
	Selten (33)	2	2,7	3,1	98,5
	Nie (0)	1	1,4	1,6	100,0
	Gesamt	64	87,7	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht	3	4,1		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Systemdefiniert fehlend	6	8,2		
	Gesamt	9	12,3		
<b>Gesamt</b>		73	100,0		

Tabelle 13: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Das Pflegepersonal hat sich für mich und meine Situation interessiert.“ (PPInteresse)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	83,5
Standardabweichung	21,3

Tabelle 14: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mit mir ungestörte Gespräche geführt.“ (ARUngGesp)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Immer (100)	75	58,6	59,5	59,5
	Meistens (67)	35	27,3	27,8	87,3
	Selten (33)	13	10,2	10,3	97,6
	Nie (0)	3	2,3	2,4	100,0
	Gesamt	126	98,4	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	1	0,8		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Gesamt	2	1,6		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 15: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mit mir ungestörte Gespräche geführt.“ (ARUngGesp)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	81,5
Standardabweichung	25,9

Tabelle 16: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.“ (ARZeit)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Immer (100)	72	56,3	57,1	57,1
	Meistens (67)	37	28,9	29,4	86,5
	Selten (33)	13	10,2	10,3	96,8
	Nie (0)	4	3,1	3,2	100,0
	Gesamt	126	98,4	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	0	0,0		
	Keine Angabe	2	1,6		
	Gesamt	2	1,6		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 17: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.“ (ARZeit)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	80,2
Standardabweichung	26,7

Tabelle 18: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.“ (ARErmutigtFr)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Immer (100)	41	32,0	33,3	33,3
	Meistens (67)	39	30,5	31,7	65,0
	Selten (33)	31	24,2	25,2	90,2
	Nie (0)	12	9,4	9,8	100,0
	Gesamt	123	96,1	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	3	2,3		
	Keine Angabe	2	1,6		
	Gesamt	5	3,9		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 19: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.“ (ARErmutigtFr)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	67,0
arithmetisches Mittel	62,9
Standardabweichung	32,9

Tabelle 20: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.“ (ARAngeVer)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Immer (100)	22	17,2	18,6	18,6
	Meistens (67)	21	16,4	17,8	36,4
	Selten (33)	26	20,3	22,0	58,4
	Nie (0)	49	38,3	41,5	100,0
	Gesamt	118	92,2	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	6	4,7		
	Keine Angabe	4	3,1		
	Gesamt	10	7,8		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 21: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.“ (ARAngeVer)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	33,0
arithmetisches Mittel	37,8
Standardabweichung	38,5

Tabelle 22: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich ernst genommen.“ (ARErnstGen)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Immer (100)	87	68,0	69,0	69,0
	Meistens (67)	33	25,8	26,2	95,2
	Selten (33)	2	1,6	1,6	96,8
	Nie (0)	4	3,1	3,2	100,0
	Gesamt	126	98,4	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht	1	0,8		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Gesamt	2	1,6		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 23: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich ernst genommen.“ (ARErnstGen)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	87,1
Standardabweichung	22,6

Tabelle 24: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich mit Respekt behandelt.“ (ARRespektBeh)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Immer (100)	95	74,2	76,0	76,0
	Meistens (67)	27	21,1	21,6	97,6
	Selten (33)	2	1,6	1,6	99,2
	Nie (0)	1	0,8	0,8	100,0
	Gesamt	125	97,7	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht	1	0,8		
	Keine Angabe	2	1,6		
	Gesamt	3	2,3		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 25: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich mit Respekt behandelt.“ (ARRespektBeh)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	91,0
Standardabweichung	17,6

Tabelle 26: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben sich für mich und meine Situation interessiert.“ (ARInteresse)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Immer (100)	84	65,6	68,3	68,3
	Meistens (67)	34	26,6	27,6	95,9
	Selten (33)	4	3,1	3,3	99,2
	Nie (0)	1	0,8	0,8	100,0
	Gesamt	123	96,1	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht	5	3,9		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	5	3,9		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 27: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben sich für mich und meine Situation interessiert.“ (ARInteresse)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	87,9
Standardabweichung	19,6

Tabelle 28: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, welche psychische Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde?“ (ARErkFest)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	97	75,8	82,2	82,2
	Nein (0)	21	16,4	17,8	100,0
	Gesamt	118	92,2	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	9	7,0		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Gesamt	10	7,8		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 29: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, wie sich die psychische Erkrankung bemerkbar machen kann?“ (ARErkBemerk)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	79	61,7	73,8	73,8
	Nein (0)	28	21,9	26,2	100,0
	Gesamt	107	83,6	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	14	10,9		
	Keine Angabe	7	5,5		
	Gesamt	21	16,4		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 30: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, wie die psychische Erkrankung verlaufen kann?“ (ARerkVerlauf)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	71	55,5	67,6	67,6
	Nein (0)	34	26,6	32,4	100,0
	Gesamt	105	82,0	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	19	14,8		
	Keine Angabe	4	3,1		
	Gesamt	23	18,0		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 31: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen können?“ (ARMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	122	95,3	95,3	95,3
	Nein (0)	6	4,7	4,7	100,0
	Gesamt	128	100,0	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	0	0,0		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	0	0,0		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 32: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung eine Psychotherapie machen können?“ (ARPsycht)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	73	57,0	61,9	61,9
	Nein (0)	45	35,2	38,1	100,0
	Gesamt	118	92,2	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	7	5,5		
	Keine Angabe	3	2,3		
	Gesamt	10	7,8		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 33: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen und zusätzlich eine Psychotherapie machen können?“ (ARMedPsycht)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	70	54,7	60,3	60,3
	Nein (0)	46	35,9	39,7	100,0
	Gesamt	116	90,6	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	10	7,8		
	Keine Angabe	2	1,6		
	Gesamt	12	9,4		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 34: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Soziotherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie)?“ (ARAndTherapie)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	90	70,3	75,0	75,0
	Nein (0)	30	23,4	25,0	100,0
	Gesamt	120	93,8	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	7	5,5		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Gesamt	8	6,3		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 35: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?“ (ARWünsche)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	59	46,1	54,1	54,1
	Nein (0)	50	39,1	45,9	100,0
	Gesamt	109	85,2	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	19	14,8		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	19	14,8		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 36: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?“ (ARBestBeh)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	69	53,9	62,7	62,7
	Nein (0)	41	32,0	37,3	100,0
	Gesamt	110	85,9	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	16	12,5		
	Keine Angabe	2	1,6		
	Gesamt	18	14,1		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 37: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?“ (ARAblaufBeh)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	75	58,6	67,6	67,6
	Nein (0)	36	28,1	32,4	100,0
	Gesamt	111	86,7	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	16	12,5		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Gesamt	17	13,3		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 38: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt in die Planung Ihrer Behandlung so einbezogen, wie Sie es wollten?“ (PAEinbBehPlan)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	83	64,8	74,8	74,8
	Nein (0)	28	21,9	25,2	100,0
	Gesamt	111	86,7	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	16	12,5		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Gesamt	17	13,3		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 39: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden bei dem stationären Aufenthalt mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung festgelegt?“ (PAGemZiel)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja, es wurden mit mir Ziele festgelegt (100)	64	50,0	57,7	57,7
	Nein, es wurden ohne mich Ziele festgelegt (0)	9	7,0	8,1	65,8
	Nein, es wurden gar Keine Ziele festgelegt (0)	38	29,7	34,2	100,0
	Gesamt	111	86,7	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	9	7,0		
	Keine Angabe	8	6,3		
	Gesamt	17	13,3		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 40: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurde mit Ihnen im Verlauf der stationären Behandlung über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)?“ (PAZielGesp)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	56	43,8	93,3	93,3
	Nein (0)	4	3,1	6,7	100,0
	Gesamt	60	46,9	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	4	3,1		
	Keine Angabe	4	3,1		
	Systemdefiniert fehlend	60	46,9		
	Gesamt	68	53,1		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 41: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurde bei Ihnen während Ihres stationären Aufenthalts eine Zwangsmaßnahme durchgeführt (Fixieren, Isolieren, Medikamentengabe gegen Ihren ausdrücklichen Willen)?“ (PAZwangsmKH)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja	4	7,1	7,7	7,7
	Nein	48	85,7	92,3	100,0
	Gesamt	52	92,9	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	0	0,0		
	Keine Angabe	4	7,1		
	Gesamt	4	7,1		
<b>Gesamt</b>		56	100,0		

Tabelle 42: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt oder eine Therapeutin / ein Therapeut mit Ihnen hinterher die Zwangsmaßnahme besprochen?“ (ARGespZwangsmKH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	0	0,0	0,0	0,0
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	2	3,6	100,0	100,0
	Gesamt	2	3,6	100,0	
<b>Fehlend</b>	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	1	1,8		
	Weiß nicht mehr	0	0,0		
	Keine Angabe	4	7,1		
	Systemdefiniert fehlend	49	87,5		
	Gesamt	54	96,4		
<b>Gesamt</b>		56	100,0		

Tabelle 43: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose Medikamente bekommen?“ (PAMed)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja	120	93,8	97,6	97,6
	Nein	3	2,3	2,4	100,0
	Gesamt	123	96,1	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	1	0,8		
	Keine Angabe	4	3,1		
	Gesamt	5	3,9		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 44: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wofür Sie die Medikamente bekommen?“ (ARErkIMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Immer (100)	59	46,1	52,7	52,7
	Meistens (67)	28	21,9	25,0	77,7
	Selten (33)	16	12,5	14,3	92,0
	Nie (0)	9	7,0	8,0	100,0
	Gesamt	112	87,5	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	7	5,5		
	Keine Angabe	2	1,6		
	Systemdefiniert fehlend	7	5,4		
	Gesamt	16	12,5		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 45: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wofür Sie die Medikamente bekommen?“ (ARErkIMed)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	74,1
Standardabweichung	32,5

Tabelle 46: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wie lange Sie die Medikamente bekommen?“ (ARDauerMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Immer (100)	41	32,0	36,9	36,9
	Meistens (67)	22	17,2	19,8	56,7
	Selten (33)	17	13,3	15,3	72,0
	Nie (0)	31	24,2	28,0	100,0
	Gesamt	111	86,7	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	5	3,9		
	Keine Angabe	5	3,9		
	Systemdefiniert fehlend	7	5,4		
	Gesamt	17	13,3		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 47: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wie lange Sie die Medikamente bekommen?“ (ARDauerMed)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	67,0
arithmetisches Mittel	55,3
Standardabweichung	41,4

Tabelle 48: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?“ (ARNebWechsMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Immer (100)	31	24,2	28,2	38,2
	Meistens (67)	25	19,5	22,7	50,9
	Selten (33)	23	18,0	20,9	71,8
	Nie (0)	31	24,2	28,2	100,0
	Gesamt	110	85,9	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	3	2,3		
	Keine Angabe	8	6,3		
	Systemdefiniert fehlend	7	5,5		
	Gesamt	18	14,1		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 49: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?“ (ARNebWechsMed)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	67,0
arithmetisches Mittel	50,3
Standardabweichung	39,4

Tabelle 50: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie in die Behandlung mit den Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten (z. B. Art der Medikamente, die einzunehmende Menge, die Häufigkeit der Einnahme)?“ (PAEinbMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	82	64,1	72,6	72,6
	Nein (0)	31	24,2	27,4	100,0
	Gesamt	113	88,3	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	7	5,5		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Systemdefiniert fehlend	7	5,4		
	Gesamt	15	11,7		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 51: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt eine schriftliche Übersicht zu Ihren Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)?“ (PAÜbersMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	55	43,0	50,5	50,5
	Nein (0)	54	42,2	49,5	100,0
	Gesamt	109	85,2	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	9	7,0		
	Keine Angabe	3	2,3		
	Systemdefiniert fehlend	7	5,5		
	Gesamt	19	14,8		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 52: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt während Ihres stationären Aufenthalts gefragt, ob Sie von den Medikamenten Nebenwirkungen haben?“ (ARNebMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	69	53,9	63,9	63,9
	Nein (0)	39	30,5	36,1	100,0
	Gesamt	108	84,4	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	12	9,4		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Systemdefiniert fehlend	7	5,4		
	Gesamt	20	15,6		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 53: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen?“ (ARAbspMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	88	68,8	76,5	76,5
	Nein (0)	27	21,1	23,5	100,0
	Gesamt	115	89,8	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	5	3,9		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Systemdefiniert fehlend	8	6,3		
	Gesamt	13	10,2		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 54: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurde mit Ihnen am Ende Ihres stationären Aufenthalts ein Abschlussgespräch geführt?“ (PAAbschlussgesprKH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	48	85,7	92,3	92,3
	Nein (0)	4	7,1	7,7	100,0
	Gesamt	52	92,9	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	4	7,1		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	4	7,1		
<b>Gesamt</b>		56	100,0		

Tabelle 55: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt mit Ihnen darüber gesprochen, wie es für Sie in den nächsten Tagen nach der Entlassung weitergeht?“ (ARVorgehenEntlKH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	44	78,6	81,5	81,5
	Nein (0)	10	17,9	18,5	100,0
	Gesamt	54	96,4	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	2	3,6		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	2	3,6		
<b>Gesamt</b>		56	100,0		

Tabelle 56: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hatten Sie genügend Zeit, sich auf Ihre Entlassung vorzubereiten?“ (PAVorbEntIKH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	48	85,7	88,9	88,9
	Nein (0)	6	10,7	11,1	100,0
	Gesamt	54	96,4	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	1	1,8		
	Keine Angabe	1	1,8		
	Gesamt	2	3,6		
<b>Gesamt</b>		56	100,0		

Tabelle 57: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie während Ihres stationären Aufenthalts vom Krankenhaus unterstützt, einen Termin zur weiteren psychiatrischen Behandlung in einer Arztpraxis oder einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) zu vereinbaren?“ (PATerminAmbKH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja, bei einer Psychiaterin / einem Psychiater oder einer Nervenärztin / einem Nervenarzt in der Praxis (100)	17	30,4	47,2	47,2
	Ja, bei einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) (100)	17	30,4	47,2	94,4
	Nein, obwohl ich mir es gewünscht hätte (0)	2	3,6	5,6	100,0
	Gesamt	36	64,3	100,0	
<b>Fehlend</b>	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	8	14,3		
	Nein, ich wurde in einer psychiatrischen Tagesklinik weiterbehandelt	8	14,3		
	Weiß nicht mehr	2	3,6		
	Keine Angabe	2	3,6		
	Gesamt	20	35,7		
<b>Gesamt</b>		56	100,0		

Tabelle 58: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie die stationäre Behandlung im Krankenhaus gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen?“ (PAAbbrKH)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja	1	1,8	1,8	1,8
	Nein	55	98,2	98,2	100,0
	Gesamt	56	100,0	100,0	
<b>Fehlend</b>	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	0	0,0		
<b>Gesamt</b>		56	100,0		

Tabelle 59: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an das Krankenhaus direkt oder an das Notfalltelefon eines Krisendienstes)?“ (MAGespSchlecht)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	91	71,1	78,4	78,4
	Nein (0)	25	19,5	21,6	100,0
	Gesamt	116	90,6	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	12	9,4		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	12	9,4		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 60: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst (APP))?“ (MAGespHilfen)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	68	53,1	62,4	62,4
	Nein (0)	41	32,0	37,6	100,0
	Gesamt	109	85,2	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	13	10,2		
	Keine Angabe	6	4,7		
	Gesamt	19	14,8		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 61: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?“ (MAGespTagPlan)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	53	41,4	82,8	82,8
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	11	8,6	17,2	100,0
	Gesamt	64	50,0	100,0	
<b>Fehlend</b>	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	54	42,2		
	Weiß nicht mehr	9	7,0		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Gesamt	64	50,0		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 62: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Beziehungen zu anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)?“ (MAGespBezGest)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	47	36,7	65,3	65,3
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	25	19,5	34,7	100,0
	Gesamt	72	56,3	100,0	
<b>Fehlend</b>	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	53	41,4		
	Weiß nicht mehr	3	2,3		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	56	43,8		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 63: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können?“ (MAGespFreizGest)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	46	35,9	69,7	69,7
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	20	15,6	30,3	100,0
	Gesamt	66	51,6	100,0	
<b>Fehlend</b>	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	52	40,6		
	Weiß nicht mehr	10	7,8		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	62	48,4		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 64: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen?“ (MAGespArbAusb)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	60	46,9	82,2	82,2
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	13	10,2	17,8	100,0
	Gesamt	73	57,0	100,0	
<b>Fehlend</b>	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	50	39,1		
	Weiß nicht mehr	5	3,9		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	55	43,0		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 65: Häufigkeitsverteilung der Variable „Werden Sie seit Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus wegen Ihrer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. Ihrer Psychose von einer Fachärztin / einem Facharzt weiter behandelt?“ (PAAmbWeiterb)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja	45	80,4	84,9	84,9
	Nein, aber ich habe bereits einen Termin	4	7,1	7,5	92,5
	Nein, ich habe bis jetzt noch Keinen Termin bekommen	4	7,1	7,5	100,0
	Gesamt	53	94,6	100,0	
<b>Fehlend</b>	Nein, ich möchte / brauche das nicht	1	1,8		
	Keine Angabe	2	3,6		
	Gesamt	3	5,4		
<b>Gesamt</b>		56	100,0		

Tabelle 66: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wenn Sie an die Zeit seit Ihrer Entlassung denken: Wann hat die Behandlung bei der Fachärztin / dem Facharzt begonnen?“ (PAWannWeiterb)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Innerhalb 1 Woche nach der Entlassung	25	44,6	56,8	56,8
	Nach 1 Woche bis weniger als 2 Wochen	12	21,4	27,3	84,1
	Nach 2 Wochen bis weniger als 3 Wochen	5	8,9	11,4	95,5
	Nach 3 Wochen oder später	2	3,6	4,5	100,0
	Gesamt	44	78,6	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	1	1,8		
	Keine Angabe	1	1,8		
	Systemdefiniert fehlend	10	17,9		
	Gesamt	12	21,4		
<b>Gesamt</b>		56	100,0		

Tabelle 67: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus gelernt, besser mit Ihrer psychischen Erkrankung umzugehen?“ (PAUmgerk)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	103	80,5	91,2	91,2
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	10	7,8	8,8	100,0
	Gesamt	113	88,3	100,0	
<b>Fehlend</b>	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	11	8,6		
	Weiß nicht	4	3,1		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	15	11,7		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 68: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wissen Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus mehr über Ihre psychische Erkrankung als vorher?“ (PAWissen)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	92	71,9	83,6	83,6
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	18	14,1	16,4	100,0
	Gesamt	110	85,9	100,0	
<b>Fehlend</b>	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	11	8,6		
	Weiß nicht	7	5,5		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	18	14,1		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 69: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen die stationäre Behandlung im Krankenhaus geholfen?“ (PABehGeholfen)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja	113	88,3	95,8	95,8
	Nein	5	3,9	4,2	100,0
	Gesamt	118	92,2	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht	10	7,8		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	10	7,8		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 70: Häufigkeitsverteilung der Variable „Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten.“ (PAFreundTref)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Immer (100)	23	18,0	18,5	18,5
	Meistens (67)	46	35,9	37,1	55,6
	Selten (33)	50	39,1	40,3	96,0
	Nie (0)	5	3,9	4,0	100,0
	Gesamt	124	96,9	100,0	
<b>Fehlend</b>	Keine Angabe	4	3,1		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 71: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten.“ (PAFreundTref)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	67,0
arithmetisches Mittel	56,7
Standardabweichung	27,4

Tabelle 72: Häufigkeitsverteilung der Variable „In meiner Freizeit unternehme ich etwas (z. B. Spazieren gehen, Sport, ins Kino gehen).“ (PAFreizGest)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Immer (100)	34	26,6	27,0	27,0
	Meistens (67)	52	40,6	41,3	68,3
	Selten (33)	36	28,1	28,6	96,8
	Nie (0)	4	3,1	3,2	100,0
	Gesamt	126	98,4	100,0	
<b>Fehlend</b>	Keine Angabe	2	1,6		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 73: Lage- und Streuungsmaße der Variable „In meiner Freizeit unternehme ich etwas (z. B. Spazieren gehen, Sport, ins Kino gehen).“ (PAFreizGest)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	67,0
arithmetisches Mittel	64,1
Standardabweichung	27,6

Table 74: Häufigkeitsverteilung der Variable „Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte.“ (PAAlleinsein)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Immer (0)	6	4,7	4,8	4,8
	Meistens (33)	31	24,2	24,8	29,6
	Selten (67)	56	43,8	44,8	74,4
	Nie (100)	32	25,0	25,6	100,0
	Gesamt	125	97,7	100,0	
<b>Fehlend</b>	Keine Angabe	3	2,3		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Table 75: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte.“ (PAAlleinsein)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	67,0
arithmetisches Mittel	63,8
Standardabweichung	27,9

Table 76: Häufigkeitsverteilung der Variable „Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.“ (PAVornehmSchaff)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Immer (0)	2	1,6	1,6	1,6
	Meistens (33)	38	29,7	30,4	32,0
	Selten (67)	64	50,0	51,2	83,2
	Nie (100)	21	16,4	16,8	100,0
	Gesamt	125	97,7	100,0	
<b>Fehlend</b>	Keine Angabe	3	2,3		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Table 77: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.“ (PAVornehmSchaff)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	67,0
arithmetisches Mittel	61,1
Standardabweichung	24,0

Tabelle 78: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wenn Sie an Ihre psychische Erkrankung insgesamt denken: Wie bewerten Sie Ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand?“ (PABewZustand)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	1 = Überhaupt nicht gut	4	3,1	3,2	3,2
	2	5	3,9	4,0	7,3
	3	8	6,3	6,5	13,7
	4	27	21,1	21,8	35,5
	5	37	28,9	29,8	65,3
	6	20	15,6	16,1	81,5
	7 = Sehr gut	23	18,0	18,5	100,0
	Gesamt	124	96,9	100,0	
<b>Fehlend</b>	Keine Angabe	4	3,1		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 79: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Wenn Sie an Ihre psychische Erkrankung insgesamt denken: Wie bewerten Sie Ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand?“ (PABewZustand)

Lage- und Streuungsmaße	
Median	5,0
arithmetisches Mittel	4,9
Standardabweichung	1,5

Tabelle 80: Häufigkeitsverteilung der Variable „Welches Geschlecht haben Sie?“ (PAGeschl)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Weiblich	64	50,0	50,0	50,0
	Männlich	64	50,0	50,0	100,0
	Anderes	0	0,0	0,0	0,0
<b>Gesamt</b>		128	100,0	100,0	

Tabelle 81: Häufigkeitsverteilung der Variable „In welchem Jahr sind Sie geboren?“ (PAGebjahr)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	< 20 Jahre	0	0,0	0,0	0,0
	20-29 Jahre	9	7,0	7,0	7,0
	30-39 Jahre	27	21,1	21,1	28,1
	40-49 Jahre	39	30,5	30,5	58,6
	50-59 Jahre	31	24,2	24,2	82,8
	60-69 Jahre	16	12,5	12,5	95,3
	70-79 Jahre	6	4,7	4,7	100,0
	≥ 80 Jahre	0	0,0	0,0	100,0
<b>Gesamt</b>		128	100,0	100,0	

Tabelle 82: Häufigkeitsverteilung der Variable „Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?“ (PASchulAbschl)

	<b>Antwortoptionen</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozent</b>	<b>Kumulierte Prozent</b>
<b>Gültig</b>	noch Schüler/in	0	0,0	0,0	0,0
	von der Schule abgegangen ohne Abschluss	4	3,1	3,1	3,1
	Hauptschulabschluss oder Volksschulabschluss	18	14,1	14,1	17,2
	Realschulabschluss (Mittlere Reife)	28	21,9	21,9	39,1
	Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse	3	2,3	2,3	41,4
	Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse	9	7,0	7,0	48,4
	Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule	15	11,7	11,7	60,2
	allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre)	42	32,8	32,8	93,0
	anderer Schulabschluss	9	7,0	7,0	100,0
	Gesamt	128	100,0	100,0	
<b>Fehlend</b>	Keine Angabe	0	0,0		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 83: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?“ (PABeruf)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Schüler/in oder Student/in	1	0,8	0,8	0,8
	Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden)	18	14,1	14,2	15,0
	Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden)	8	6,3	6,3	21,3
	Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden)	0	0,0	0,0	21,3
	Arbeitslos	14	10,9	11,0	32,3
	Altersrente	14	10,9	11,0	43,3
	Erwerbsunfähigkeitsrente	39	30,5	30,7	74,0
	Hausfrau/-mann	2	1,6	1,6	75,6
	Ausbildung, Umschulung	3	2,3	2,4	78,0
	Wiedereingliederungsmaßnahme	11	8,6	8,7	86,6
	Sonstiges	5	3,9	3,9	90,6
	Schüler/in oder Student/in UND Hausfrau/-mann	1	0,8	0,8	91,4
	Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden) UND Erwerbsunfähigkeitsrente	1	0,8	0,8	92,2
	Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) UND Arbeitslos	1	0,8	0,8	93,0
Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) UND Erwerbsunfähigkeitsrente	3	2,3	2,3	95,3	
Erwerbsunfähigkeitsrente UND Hausfrau/-mann	2	1,6	1,6	96,9	

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
	Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden) UND Wiedereingliederungsmaßnahme	2	1,6	1,6	98,4
	Altersrente UND Wiedereingliederungsmaßnahme	1	0,8	0,8	99,2
	Erwerbsunfähigkeitsrente UND Sonstiges	1	0,8	0,8	100,0
	Gesamt	127	99,2	100,0	
<b>Fehlend</b>	Keine Angabe	1	0,8		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 84: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie vor Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus schon einmal wegen der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose behandelt?“ (PAVorherBeh)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja	105	82,0	82,7	82,7
	Nein	22	17,2	17,3	100,0
	Gesamt	127	99,2	100,0	
<b>Fehlend</b>	Keine Angabe	1	0,8		
	Gesamt	1	0,8		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 85: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus zusätzlich zur Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose auch wegen einer Suchterkrankung behandelt (z. B. Alkohol, Drogen)?“ (PASucht)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja	13	10,2	10,7	10,7
	Nein	109	85,2	89,3	100,0
	Gesamt	122	95,3	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	5	3,9		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Gesamt	6	4,7		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 86: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt aufgrund einer Zwangseinweisung oder rechtlichen Unterbringung behandelt?“ (PAZwangseinw)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja	11	19,6	20,0	20,0
	Nein	44	78,6	80,0	100,0
	Gesamt	55	98,2	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	1	1,8		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	1	1,8		
<b>Gesamt</b>		56	100,0		

Tabelle 87: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie den Fragebogen allein ausgefüllt?“ (PAFbAusgef)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja	113	88,3	89,7	89,7
	Nein, mit Unterstützung	13	10,2	10,3	100,0
	Nein, jemand anderes hat den Fragebogen für mich ausgefüllt	0	0,0	0,0	100,0
	Gesamt	126	98,4	100,0	
<b>Fehlend</b>	Keine Angabe	2	1,6		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# **Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen**

Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen  
der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens  
*Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen  
mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*

Anhang F.4: Kurzfragebögen zur Evaluation des  
Standard-Pretests der Patientenbefragung Schizophrenie

---

*Kurzfragebogen Standard-Pretest Patientenbefragung Schizophrenie (stationärer Leistungserbringer)*

## Kurzfragebogen zur Evaluation des Standard-Pretests Patientenbefragung Schizophrenie

**1) Wurden in Ihrer Einrichtung in der Zeit vom 18.12.2017 bis zum 20.04.2018 Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie (F2-Diagnose nach ICD-10-GM) vollstationär behandelt?**

Ja  Bitte weiter mit Frage 2

Nein  Bitte weiter mit Frage 16

**2) Wer hat in der Regel die Patientinnen und Patienten über den Standard-Pretest informiert?**  
*(Mehrfachantworten möglich)*

Ärztinnen und Ärzte

Psychologische Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Pflegebereich

Mitarbeiterinnen aus dem Verwaltungsbereich

andere, nämlich: \_\_\_\_\_

**3) Wer hat in der Regel die Einverständniserklärungen eingeholt?**

*(Mehrfachantworten möglich)*

Ärztinnen und Ärzte

Psychologische Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Pflegebereich

Mitarbeiterinnen aus dem Verwaltungsbereich

andere, nämlich: \_\_\_\_\_

**4) Wie viele Personen waren für die Ansprache und das Einholen der Einverständniserklärungen der Patientinnen und Patienten insgesamt zuständig?**

Insgesamt \_\_\_\_\_ Personen

**5) Wie schätzen Sie die Bereitschaft der beteiligten Personengruppen ein, die Patientinnen und Patienten über den Standard-Pretest zu informieren?**

**Ärztinnen und Ärzte:**

Sehr gering       sehr hoch

nicht beteiligt

**Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten:**

Sehr gering       sehr hoch

nicht beteiligt

**Pflegepersonal:**

Sehr gering       sehr hoch

nicht beteiligt

**Verwaltungsangestellte:**

Sehr gering       sehr hoch

nicht beteiligt

**6) Wie hoch war insgesamt der Aufwand, die Patientinnen und Patienten für den Standard-Pretest zu informieren (einschließlich der Aufklärung zur Einverständniserklärung)?**

Sehr gering       sehr hoch

**7) Wie viel Zeit wurde durchschnittlich in etwa pro Patientin bzw. pro Patient aufgewendet, um über den Standard-Pretest zu informieren (einschließlich der Aufklärung zur Einverständniserklärung)?**

Weniger als zwei Minuten

Zwei bis fünf Minuten

Fünf bis unter zehn Minuten

Zehn Minuten und länger

**8) Wenn Sie an die Anzahl der Patientinnen und Patienten denken, die in dem Zeitraum des Standard-Pretest (18.12.2017 – 20.04.2018) mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie (F2-Diagnose nach ICD-10-GM) in Ihrer Einrichtung behandelt wurden, wie viel Prozent der Patientinnen und Patienten wurden für den Standard-Pretest angesprochen, unabhängig davon, ob diese ihr Einverständnis zur Teilnahme gegeben haben oder nicht?**

*Bitte geben Sie eine grobe Schätzung ab.*

Weniger als 25 Prozent

25-50 Prozent

51-75 Prozent

76-100 Prozent

**9) Diese Frage bitte nur beantworten, wenn nicht alle Patientinnen und Patienten auf die Möglichkeit zur Teilnahme am Standard-Pretest angesprochen wurden:**

**Welche Umstände führten dazu, dass nicht alle Patientinnen und Patienten auf die Teilnahme zum Standard-Pretest angesprochen wurden?**

*(Mehrfachantworten möglich)*

Patientinnen und Patienten waren nach Einschätzung des Fachpersonals gesundheitlich (physisch oder psychisch) nicht in der Lage teilzunehmen	<input type="checkbox"/>
Es wurden im Zeitraum des Standard-Pretests keine Patientinnen und Patienten entlassen	<input type="checkbox"/>
Personelle Engpässe (z. B. aufgrund von Erkrankungen oder Urlaubszeiten)	<input type="checkbox"/>
Umstrukturierungsmaßnahmen im Krankenhaus oder auf der Station	<input type="checkbox"/>
Eine hohe Arbeitsbelastung im Zeitraum des Standard-Pretests	<input type="checkbox"/>
Motivationale Hürden beim beteiligten Personal	<input type="checkbox"/>
Kooperationshürden innerhalb des Krankenhauses	<input type="checkbox"/>
Andere, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>

**10) Wie hoch war insgesamt die Bereitschaft der Patientinnen und Patienten, ihr Einverständnis zur Teilnahme am Standard-Pretest zu geben?**

Sehr gering        sehr hoch

**11) Welche Gründe führten Ihrer Einschätzung nach dazu, dass Patientinnen und Patienten nicht am Standard-Pretest teilgenommen haben bzw. keine Einverständniserklärung unterschrieben haben?**

*(Mehrfachantworten möglich)*

Patientinnen und Patienten wurden vor dem Einholen der Einverständniserklärung entlassen oder auf eine andere Station verlegt	<input type="checkbox"/>
Patientinnen und Patienten haben vor dem Einholen der Einverständniserklärung die stationäre Behandlung abgebrochen	<input type="checkbox"/>
Personal der Einrichtung hat den Patientinnen und Patienten von einer Teilnahme am Standard-Pretest abgeraten	<input type="checkbox"/>
Das rekrutierende Personal der Einrichtung konnte nicht auf inhaltliche Rückfragen der Patientinnen und Patienten eingehen	<input type="checkbox"/>
Die Patientinnen und Patienten wurden nach Vereinbarung einer Bedenkzeit nicht mehr auf den Standard-Pretest angesprochen	<input type="checkbox"/>
Patientinnen und Patienten hatten begründete Vorbehalte	<input type="checkbox"/>
Patientinnen und Patienten hatten prinzipiell kein Interesse teilzunehmen, d. h. unabhängig vom Thema und Inhalt des Standard-Pretests	<input type="checkbox"/>
Andere, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>

**12) Wie viele Personen waren in Ihrer Einrichtung an den folgenden Schritten insgesamt beteiligt: Zusammentragen der Patientinnen- und Patientendaten für die Excel-Datei, Einpflegen der Patientinnen- und Patientendaten in die Excel-Datei, Hochladen der Excel-Datei auf die Plattform und postalisches Versenden der Einverständniserklärungen?**

Eine Person	<input type="checkbox"/>
Zwei bis drei Personen	<input type="checkbox"/>
Drei bis fünf Personen	<input type="checkbox"/>
Mehr als fünf Personen	<input type="checkbox"/>

**13) Wie wurden die benötigten Informationen der Patientinnen und Patienten in der Regel für die Excel-Tabelle zusammengetragen?**

*(Mehrfachantworten möglich)*

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Händisch aus verschiedenen Datenquellen (z. B. Patientenakte und Dokumentationssystem)  | <input type="checkbox"/> |
| Für den Standard-Pretest wurden extra Bögen für die Patientinnen und Patienten angefertigt, die die Informationen erfragt haben | <input type="checkbox"/> |
| Auf Basis von eigens programmierten internen Dokumentationssystemen oder Programmen   | <input type="checkbox"/> |
| Anders, und zwar: _____   | <input type="checkbox"/> |

**14) Wie erfolgte die Dateneingabe in die Excel-Datei?**

*(Mehrfachantworten möglich)*

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Die gesammelten Einverständniserklärungen wurden zentral von einer Person eingegeben (z. B. Sekretärin bzw. Sekretär) | <input type="checkbox"/> |
| Sukzessiv hat jede/r, der an der Ansprache beteiligt war, die Daten in die Datei eingegeben                           | <input type="checkbox"/> |
| Anders, und zwar: _____   | <input type="checkbox"/> |

**15) Wie lange wurde durchschnittlich pro Patientin bzw. Patient für das Zusammentragen und Einpflegen der Patientinnen- und Patientendaten in die Excel-Datei gebraucht?**

**Bitte geben Sie eine ungefähre Schätzung an.**

- |                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| Weniger als 2 Minuten  | <input type="checkbox"/> |
| 2 bis 5 Minuten        | <input type="checkbox"/> |
| 5 bis 10 Minuten       | <input type="checkbox"/> |
| 10 Minuten oder länger | <input type="checkbox"/> |

**16) Wie hoch war der organisatorische Aufwand zur Vorbereitung der Rekrutierung für den Standard-Pretest (z. B. interne Absprachen, Koordination von Abläufen)**

Sehr gering        sehr hoch

**17) Alles in allem betrachtet, wie hoch schätzen Sie den Aufwand, den Ihre Einrichtung mit der Teilnahme am Standard-Pretest hatte, insgesamt ein?**

Sehr gering        sehr hoch

**18) Wenn Sie uns noch weitere Informationen zum Standard-Pretest zukommen lassen möchten oder Anregungen haben, dann können Sie gern an dieser Stelle einen Kommentar hinterlassen:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen unter dem Stichwort „Patientenbefragung Schizophrenie“ per E-Mail an:

[patientenbefragung@iqtig.org](mailto:patientenbefragung@iqtig.org)

oder per Post an:

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG)

Patientenbefragung Schizophrenie

Katharina-Heinroth-Ufer 1

10787 Berlin

Bei Fragen können Sie sich unter der angegebenen E-Mail-Adresse oder unter 030/58 58 26 502 jederzeit an uns wenden.

*Kurzfragebogen Standard-Pretest Patientenbefragung Schizophrenie (Psychiatrische Institutsambulanz)*

## Kurzfragebogen zur Evaluation des Standard-Pretests Patientenbefragung Schizophrenie

**1) Wurden in Ihrer Einrichtung in der Zeit vom 27.11.2017 bis zum 20.04.2018 Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie (F2-Diagnose nach ICD-10-GM) ambulant behandelt?**

Ja  Bitte weiter mit Frage 2

Nein  Bitte weiter mit Frage 16

**2) Wer hat in der Regel die Patientinnen und Patienten über den Standard-Pretest informiert?**  
*(Mehrfachantworten möglich)*

Ärztinnen und Ärzte	<input type="checkbox"/>
Psychologische Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Pflegebereich	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiterinnen aus dem Verwaltungsbereich	<input type="checkbox"/>
andere, nämlich: _____	<input type="checkbox"/>

**3) Wer hat in der Regel die Einverständniserklärungen eingeholt?**  
*(Mehrfachantworten möglich)*

Ärztinnen und Ärzte	<input type="checkbox"/>
Psychologische Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Pflegebereich	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiterinnen aus dem Verwaltungsbereich	<input type="checkbox"/>
andere, nämlich: _____	<input type="checkbox"/>

**4) Wie viele Personen waren für die Ansprache und das Einholen der Einverständniserklärungen der Patientinnen und Patienten insgesamt zuständig?**

Insgesamt \_\_\_\_\_ Personen

**5) Wie schätzen Sie die Bereitschaft der beteiligten Personengruppen ein, die Patientinnen und Patienten über den Standard-Pretest zu informieren?**

**Ärztinnen und Ärzte:**

Sehr gering       sehr hoch

nicht beteiligt

**Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten:**

Sehr gering       sehr hoch

nicht beteiligt

**Pflegepersonal:**

Sehr gering       sehr hoch

nicht beteiligt

**Verwaltungsangestellte:**

Sehr gering       sehr hoch

nicht beteiligt

**6) Wie hoch war insgesamt der Aufwand, die Patientinnen und Patienten für den Standard-Pretest zu informieren (einschließlich der Aufklärung zur Einverständniserklärung)?**

Sehr gering       sehr hoch

**7) Wie viel Zeit wurde durchschnittlich in etwa pro Patientin bzw. pro Patient aufgewendet, um über den Standard-Pretest zu informieren (einschließlich der Aufklärung zur Einverständniserklärung)?**

Weniger als zwei Minuten

Zwei bis fünf Minuten

Fünf bis unter zehn Minuten

Zehn Minuten und länger

**8) Wenn Sie an die Anzahl der Patientinnen und Patienten denken, die in dem Zeitraum des Standard-Pretest (27.11.2017 – 20.04.2018) mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie (F2-Diagnose nach ICD-10-GM) in Ihrer Psychiatrischen Insitutsambulanz behandelt wurden, wie viel Prozent der Patientinnen und Patienten wurden für den Standard-Pretest angesprochen, unabhängig davon, ob diese ihr Einverständnis zur Teilnahme gegeben haben oder nicht?**

*Bitte geben Sie eine grobe Schätzung ab.*

Weniger als 25 Prozent

25-50 Prozent

51-75 Prozent

76-100 Prozent

**9) Diese Frage bitte nur beantworten, wenn nicht alle Patientinnen und Patienten auf die Möglichkeit zur Teilnahme am Standard-Pretest angesprochen wurden:**

**Welche Umstände führten dazu, dass nicht alle Patientinnen und Patienten auf die Teilnahme zum Standard-Pretest angesprochen wurden?**

*(Mehrfachantworten möglich)*

Patientinnen und Patienten waren nach Einschätzung des Fachpersonals gesundheitlich (physisch oder psychisch) nicht in der Lage teilzunehmen	<input type="checkbox"/>
Personelle Engpässe (z. B. aufgrund von Erkrankungen oder Urlaubszeiten)	<input type="checkbox"/>
Umstrukturierungsmaßnahmen in der Psychiatrischen Institutsambulanz	<input type="checkbox"/>
Eine hohe Arbeitsbelastung im Zeitraum des Standard-Pretests	<input type="checkbox"/>
Motivationale Hürden beim beteiligten Personal	<input type="checkbox"/>
Kooperationshürden innerhalb der Psychiatrischen Institutsambulanz	<input type="checkbox"/>
Andere, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>

**10) Wie hoch war insgesamt die Bereitschaft der Patientinnen und Patienten, ihr Einverständnis zur Teilnahme am Standard-Pretest zu geben?**

Sehr gering                            sehr hoch

**11) Welche Gründe führten Ihrer Einschätzung nach dazu, dass Patientinnen und Patienten nicht am Standard-Pretest teilgenommen haben bzw. keine Einverständniserklärung unterschrieben haben?**

*(Mehrfachantworten möglich)*

Personal der Einrichtung hat den Patientinnen und Patienten von einer Teilnahme am Standard-Pretest abgeraten

Das rekrutierende Personal der Einrichtung konnte nicht auf inhaltliche Rückfragen der Patientinnen und Patienten eingehen

Die Patientinnen und Patienten wurden nach Vereinbarung einer Bedenkzeit nicht mehr auf den Standard-Pretest angesprochen

Patientinnen und Patienten hatten begründete Vorbehalte

Patientinnen und Patienten hatten prinzipiell kein Interesse teilzunehmen, d. h. unabhängig vom Thema und Inhalt des Standard-Pretests

Andere, und zwar: \_\_\_\_\_

**12) Wie viele Personen waren in Ihrer Einrichtung an den folgenden Schritten insgesamt beteiligt: Zusammentragen der Patientinnen- und Patientendaten für die Excel-Datei, Einpflegen der Patientinnen- und Patientendaten in die Excel-Datei, Hochladen der Excel-Datei auf die Plattform und postalisches Versenden der Einverständniserklärungen?**

Eine Person

Zwei bis drei Personen

Drei bis fünf Personen

Mehr als fünf Personen

**13) Wie wurden die benötigten Informationen der Patientinnen und Patienten in der Regel für die Excel-Tabelle zusammengetragen?**

*(Mehrfachantworten möglich)*

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Händisch aus verschiedenen Datenquellen (z. B. Patientenakte und Dokumentationssystem)  | <input type="checkbox"/> |
| Für den Standard-Pretest wurden extra Bögen für die Patientinnen und Patienten angefertigt, die die Informationen erfragt haben | <input type="checkbox"/> |
| Auf Basis von eigens programmierten internen Dokumentationssystemen oder Programmen   | <input type="checkbox"/> |
| Anders, und zwar: _____   | <input type="checkbox"/> |

**14) Wie erfolgte die Dateneingabe in die Excel-Datei?**

*(Mehrfachantworten möglich)*

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Die gesammelten Einverständniserklärungen wurden zentral von einer Person eingegeben (z. B. Sekretärin bzw. Sekretär) | <input type="checkbox"/> |
| Sukzessiv hat jede/r, der an der Ansprache beteiligt war, die Daten in die Datei eingegeben                           | <input type="checkbox"/> |
| Anders, und zwar: _____   | <input type="checkbox"/> |

**15) Wie lange wurde durchschnittlich pro Patientin bzw. Patient für das Zusammentragen und Einpflegen der Patientinnen- und Patientendaten in die Excel-Datei gebraucht?**

**Bitte geben Sie eine ungefähre Schätzung an.**

- |                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| Weniger als 2 Minuten  | <input type="checkbox"/> |
| 2 bis 5 Minuten        | <input type="checkbox"/> |
| 5 bis 10 Minuten       | <input type="checkbox"/> |
| 10 Minuten oder länger | <input type="checkbox"/> |

**16) Wie hoch war der organisatorische Aufwand zur Vorbereitung der Rekrutierung für den Standard-Pretest (z. B. interne Absprachen, Koordination von Abläufen)**

Sehr gering        sehr hoch

**17) Alles in allem betrachtet, wie hoch schätzen Sie den Aufwand, den Ihre Einrichtung mit der Teilnahme am Standard-Pretest hatte, insgesamt ein?**

Sehr gering        sehr hoch

**18) Wenn Sie uns noch weitere Informationen zum Standard-Pretest zukommen lassen möchten oder Anregungen haben, dann können Sie gern an dieser Stelle einen Kommentar hinterlassen:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen unter dem Stichwort „Patientenbefragung Schizophrenie“ per E-Mail an:

[patientenbefragung@iqtig.org](mailto:patientenbefragung@iqtig.org)

oder per Post an:

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG)

Patientenbefragung Schizophrenie

Katharina-Heinroth-Ufer 1

10787 Berlin

Bei Fragen können Sie sich unter der angegebenen E-Mail-Adresse oder unter 030/58 58 26 502 jederzeit an uns wenden.

Kurzfragebogen Standard-Pretest Patientenbefragung Schizophrenie (ambulante/r Fachärztin/Facharzt)

## Kurzfragebogen zur Evaluation des Standard-Pretests Patientenbefragung Schizophrenie

**1) Wurden in Ihrer Einrichtung in der Zeit vom 27.11.2017 bis zum 20.04.2018 Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie (F2-Diagnose nach ICD-10-GM) ambulant behandelt?**

Ja  Bitte weiter mit Frage 2

Nein  Bitte weiter mit Frage 16

**2) Wer hat in der Regel die Patientinnen und Patienten über den Standard-Pretest informiert?**  
(Mehrfachantworten möglich)

Ärztinnen und Ärzte

Arzthelferinnen und Arzthelfer

Mitarbeiterinnen aus dem Verwaltungsbereich

andere, nämlich: \_\_\_\_\_

**3) Wer hat in der Regel die Einverständniserklärungen eingeholt?**

(Mehrfachantworten möglich)

Ärztinnen und Ärzte

Arzthelferinnen und Arzthelfer

Mitarbeiterinnen aus dem Verwaltungsbereich (z. B. Sekretärin bzw. Sekretär)

andere, nämlich: \_\_\_\_\_

**4) Wie viele Personen waren für die Ansprache und das Einholen der Einverständniserklärungen der Patientinnen und Patienten insgesamt zuständig?**

Insgesamt \_\_\_\_\_ Personen

**5) Wie schätzen Sie die Bereitschaft der beteiligten Personengruppen ein, die Patientinnen und Patienten über den Standard-Pretest zu informieren?**

**Ärztinnen und Ärzte:**

Sehr gering        sehr hoch

*nicht beteiligt*

**Arzthelferinnen und Arzthelfer:**

Sehr gering        sehr hoch

*nicht beteiligt*

**Verwaltungsangestellte:**

Sehr gering        sehr hoch

*nicht beteiligt*

**6) Wie hoch war insgesamt der Aufwand, die Patientinnen und Patienten für den Standard-Pretest zu informieren (einschließlich der Aufklärung zur Einverständniserklärung)?**

Sehr gering        sehr hoch

**7) Wie viel Zeit wurde durchschnittlich in etwa pro Patientin bzw. pro Patient aufgewendet, um über den Standard-Pretest zu informieren (einschließlich der Aufklärung zur Einverständniserklärung)?**

Weniger als zwei Minuten

Zwei bis fünf Minuten

Fünf bis unter zehn Minuten

Zehn Minuten und länger

**8) Wenn Sie an die Anzahl der Patientinnen und Patienten denken, die in dem Zeitraum des Standard-Pretest (27.11.2017 – 20.04.2018) mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie (F2-Diagnose nach ICD-10-GM) in Ihrer Einrichtung behandelt wurden, wie viel Prozent der Patientinnen und Patienten wurden für den Standard-Pretest angesprochen, unabhängig davon, ob diese ihr Einverständnis zur Teilnahme gegeben haben oder nicht?**

*Bitte geben Sie eine grobe Schätzung ab.*

- Weniger als 25 Prozent
- 25-50 Prozent
- 51-75 Prozent
- 76-100 Prozent

**9) Diese Frage bitte nur beantworten, wenn nicht alle Patientinnen und Patienten auf die Möglichkeit zur Teilnahme am Standard-Pretest angesprochen wurden:**

**Welche Umstände führten dazu, dass nicht alle Patientinnen und Patienten auf die Teilnahme zum Standard-Pretest angesprochen wurden?**

*(Mehrfachantworten möglich)*

- Patientinnen und Patienten waren nach Einschätzung des Fachpersonals gesundheitlich (physisch oder psychisch) nicht in der Lage teilzunehmen
- Personelle Engpässe (z. B. aufgrund von Erkrankungen oder Urlaubszeiten)
- Umstrukturierungsmaßnahmen in der Facharztpraxis bzw. der Einrichtung
- Eine hohe Arbeitsbelastung im Zeitraum des Standard-Pretests
- Motivationale Hürden beim beteiligten Personal
- Kooperationshürden innerhalb der Facharztpraxis, bzw. der Einrichtung
- Andere, und zwar: \_\_\_\_\_

**10) Wie hoch war insgesamt die Bereitschaft der Patientinnen und Patienten, ihr Einverständnis zur Teilnahme am Standard-Pretest zu geben?**

- Sehr gering        sehr hoch

**11) Welche Gründe führten Ihrer Einschätzung nach dazu, dass Patientinnen und Patienten nicht am Standard-Pretest teilgenommen haben bzw. keine Einverständniserklärung unterschrieben haben?**

*(Mehrfachantworten möglich)*

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Personal der Einrichtung hat den Patientinnen und Patienten von einer Teilnahme am Standard-Pretest abgeraten                          | <input type="checkbox"/> |
| Das rekrutierende Personal der Einrichtung konnte nicht auf inhaltliche Rückfragen der Patientinnen und Patienten eingehen             | <input type="checkbox"/> |
| Die Patientinnen und Patienten wurden nach Vereinbarung einer Bedenkzeit nicht mehr auf den Standard-Pretest angesprochen              | <input type="checkbox"/> |
| Patientinnen und Patienten hatten begründete Vorbehalte  | <input type="checkbox"/> |
| Patientinnen und Patienten hatten prinzipiell kein Interesse teilzunehmen, d. h. unabhängig vom Thema und Inhalt des Standard-Pretests | <input type="checkbox"/> |
| Andere, und zwar: _____  | <input type="checkbox"/> |

**12) Wie viele Personen waren in Ihrer Einrichtung an den folgenden Schritten insgesamt beteiligt: Zusammentragen der Patientinnen- und Patientendaten für die Excel-Datei, Einpflegen der Patientinnen- und Patientendaten in die Excel-Datei, Hochladen der Excel-Datei auf die Plattform und postalisches Versenden der Einverständniserklärungen?**

- |                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| Eine Person            | <input type="checkbox"/> |
| Zwei bis drei Personen | <input type="checkbox"/> |
| Drei bis fünf Personen | <input type="checkbox"/> |
| Mehr als fünf Personen | <input type="checkbox"/> |

**13) Wie wurden die benötigten Informationen der Patientinnen und Patienten in der Regel für die Excel-Tabelle zusammengetragen?**

*(Mehrfachantworten möglich)*

Händisch aus verschiedenen Datenquellen (z. B. Patientenakte und Dokumentationssystem)

Für den Standard-Pretest wurden extra Bögen für die Patientinnen und Patienten angefertigt, die die Informationen erfragt haben

Auf Basis von eigens programmierten internen Dokumentationssystemen oder Programmen

Anders, und zwar: \_\_\_\_\_

**14) Wie erfolgte die Dateneingabe in die Excel-Datei?**

*(Mehrfachantworten möglich)*

Die gesammelten Einverständniserklärungen wurden zentral von einer Person eingegeben (z. B. Sekretärin bzw. Sekretär, Arzthelferin bzw. Arzthelfer)

Sukzessiv hat jede/r, der an der Ansprache beteiligt war, die Daten in die Datei eingegeben

Anders, und zwar: \_\_\_\_\_

**15) Wie lange wurde durchschnittlich pro Patientin bzw. Patient für das Zusammentragen und Einpflegen der Patientinnen- und Patientendaten in die Excel-Datei gebraucht?**

Bitte geben Sie eine ungefähre Schätzung an.

Weniger als 2 Minuten

2 bis 5 Minuten

5 bis 10 Minuten

10 Minuten oder länger

**16) Wie hoch war der organisatorische Aufwand zur Vorbereitung der Rekrutierung für den Standard-Pretest (z. B. interne Absprachen, Koordination von Abläufen)**

Sehr gering        sehr hoch

**17) Alles in allem betrachtet, wie hoch schätzen Sie den Aufwand, den Ihre Einrichtung mit der Teilnahme am Standard-Pretest hatte, insgesamt ein?**

Sehr gering        sehr hoch

**18) Wenn Sie uns noch weitere Informationen zum Standard-Pretest zukommen lassen möchten oder Anregungen haben, dann können Sie gern an dieser Stelle einen Kommentar hinterlassen:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen unter dem Stichwort „Patientenbefragung Schizophrenie“ per E-Mail an:

[patientenbefragung@iqtig.org](mailto:patientenbefragung@iqtig.org)

oder per Post an:

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG)

Patientenbefragung Schizophrenie

Katharina-Heinroth-Ufer 1

10787 Berlin

Bei Fragen können Sie sich unter der angegebenen E-Mail-Adresse oder unter 030/58 58 26 502 jederzeit an uns wenden.

## Anhang G: Biometrische Methodik zur Auswertung der Qualitätsindikatoren

### Zusammenhang HW-Multinomialmodell und Binomialmodell

Es wird im Folgenden gezeigt, dass das HW-Multinomialmodell in Abschnitt 13.1.2 auf ein Binomialmodell mit  $J_{im}^*$  ( $K_m - 1$ ) Versuchen, von denen  $\sum_{k=1}^{K_m} (k-1) y_{i,m}^k$  Erfolge sind, und Erfolgswahrscheinlichkeit  $\theta_{im}$  zurückgeführt werden kann. Dabei bezeichnet  $J_{im}^*$  die Gesamtanzahl an vorliegenden Antworten für das  $m$ 'te Qualitätsmerkmal über alle Items und Patientinnen und Patienten hinweg. Des Weiteren bezeichnet  $y_{i,m}^k$  die Anzahl, mit der über alle Patientinnen und Patienten des  $i$ 'ten Leistungserbringers und über alle Items des  $m$ 'ten Qualitätsmerkmals hinweg die  $k$ 'te Kategorie ausgewählt wurde. Der Zusammenhang wird zunächst für eine allgemeine Anzahl an Itemkategorien  $K_m$  hergeleitet und anschließend in Beispielen illustriert.

Ausgangspunkt ist das HW-Multinomialmodell

$$\sum_{j=1}^{J_i} \sum_{l=1}^{L_m} Y_{ijml} \delta_{ijml} \mid \theta_{im} \stackrel{\text{ind.}}{\sim} \text{Mult}(J_{im}^*, \boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im})), \text{ mit}$$

$$\boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}) = \left( \binom{K_m-1}{0} \theta_{im}^0 (1-\theta_{im})^{K_m-1}, \dots, \binom{K_m-1}{K_m-1} \theta_{im}^{K_m-1} (1-\theta_{im})^0 \right)'$$

Die Likelihoodfunktion für  $n$  unabhängige Realisierungen einer multinomialverteilten Zufallsvariablen mit Ereigniswahrscheinlichkeiten  $\pi_1, \dots, \pi_K$  ist gegeben als (z. B. Held und Bové 2014)

$$L(\boldsymbol{\pi}) = \frac{n!}{x_1! \dots x_K!} \prod_{k=1}^K \pi_k^{x_k}, \text{ mit}$$

$$\sum_{k=1}^K x_k = n,$$

wobei  $x_k$  die Anzahl an Outcomes für Ereignis  $k$  bezeichnet. Somit ergibt sich die Likelihoodfunktion für das HW-Multinomialmodell als

$$L(\boldsymbol{\pi}_{im}) = \frac{J_{im}^*!}{y_{i,m}^1! \dots y_{i,m}^{K_m}!} \prod_{k=1}^{K_m} (\pi_{im}^k(\theta_{im}))^{y_{i,m}^k}$$

und die logarithmierte Likelihoodfunktion (Loglikelihood) entspricht bis auf Konstanten

$$\sum_{k=1}^{K_m} \log(\pi_{im}^k(\theta_{im})) y_{i,m}^k.$$

Mit eingesetzten Kategoriiewahrscheinlichkeiten  $\boldsymbol{\pi}_{im}$  ergibt sich der Kern der Loglikelihoodfunktion als

$$\sum_{k=1}^{K_m} \log(\theta_{im}^{k-1} (1-\theta_{im})^{K_m-1-(k-1)}) y_{i,m}^k$$

$$= \log(\theta_{im}) \sum_{k=1}^{K_m} [(k-1) y_{i,m}^k] + \log(1-\theta_{im}) \sum_{k=1}^{K_m} [(K_m - k) y_{i,m}^k].$$

Dies entspricht dem Kern der Binomial-Loglikelihoodfunktion mit Erfolgswahrscheinlichkeit  $\theta_{im}$  mit  $\sum_{k=1}^{K_m} (k-1) y_{i,m}^k$  Erfolgen und  $\sum_{k=1}^{K_m} (K_m - k) y_{i,m}^k$  Misserfolgen und somit mit insgesamt  $\sum_{k=1}^{K_m} (K_m - 1) y_{i,m}^k = J_{im}^* (K_m - 1)$  Versuchen. Nachdem die Likelihoodfunktionen der beiden

Modelle (bis auf Proportionalität) übereinstimmen, ist jede Likelihood-basierte Inferenz bezüglich  $\theta_{im}$  in den beiden Modellen identisch (Likelihood-Prinzip).

### Beispiel $K_m = 2$

Im Spezialfall binärer Items reduzieren sich die Ereigniswahrscheinlichkeiten auf

$$\boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}) = ((1 - \theta_{im}), \theta_{im})'$$

Somit ergibt sich der Kern der Loglikelihood des HW-Multinomialmodells als

$$\log(\theta_{im}) (0 \cdot y_{i,m}^1 + 1 \cdot y_{i,m}^2) + \log(1 - \theta_{im}) (1 \cdot y_{i,m}^1 + 0 \cdot y_{i,m}^2),$$

welche dem Kern der Binomial-Loglikelihoodfunktion mit Erfolgswahrscheinlichkeit  $\theta_{im}$  mit  $(0 \cdot y_{i,m}^1 + 1 \cdot y_{i,m}^2) = y_{i,m}^2$  Erfolgen und  $(1 \cdot y_{i,m}^1 + 0 \cdot y_{i,m}^2) = y_{i,m}^1$  Misserfolgen und somit insgesamt  $(y_{i,m}^1 + y_{i,m}^2)$  Versuchen entspricht.

### Beispiel $K_m = 3$

Im Fall von Items mit drei möglichen Antwortkategorien ergibt sich der Kern der Loglikelihood des HW-Multinomialmodells als (z. B. Held und Bové 2014)

$$\log(\theta_{im}) (0 \cdot y_{i,m}^1 + 1 \cdot y_{i,m}^2 + 2 \cdot y_{i,m}^3) + \log(1 - \theta_{im}) (2 \cdot y_{i,m}^1 + 1 \cdot y_{i,m}^2 + 0 \cdot y_{i,m}^3),$$

welche dem Kern der Binomial-Loglikelihoodfunktion mit Erfolgswahrscheinlichkeit  $\theta_{im}$  mit  $(0 \cdot y_{i,m}^1 + 1 \cdot y_{i,m}^2 + 2 \cdot y_{i,m}^3)$  Erfolgen und  $(2 \cdot y_{i,m}^1 + 1 \cdot y_{i,m}^2 + 0 \cdot y_{i,m}^3)$  Misserfolgen und somit insgesamt  $2(y_{i,m}^1 + y_{i,m}^2 + y_{i,m}^3)$  Versuchen entspricht.

### Beispiel $K_m = 4$

Im Fall von Items mit drei möglichen Antwortkategorien ergibt sich der Kern der Loglikelihood des HW-Multinomialmodells als

$$\begin{aligned} & \log(\theta_{im}) (0 \cdot y_{i,m}^1 + 1 \cdot y_{i,m}^2 + 2 \cdot y_{i,m}^3 + 3 \cdot y_{i,m}^4) \\ & + \log(1 - \theta_{im}) (3 \cdot y_{i,m}^1 + 2 \cdot y_{i,m}^2 + 1 \cdot y_{i,m}^3 + 0 \cdot y_{i,m}^4), \end{aligned}$$

welche dem Kern der Binomial-Loglikelihoodfunktion mit Erfolgswahrscheinlichkeit  $\theta_{im}$  mit  $(0 \cdot y_{i,m}^1 + 1 \cdot y_{i,m}^2 + 2 \cdot y_{i,m}^3 + 3 \cdot y_{i,m}^4)$  Erfolgen und  $(3 \cdot y_{i,m}^1 + 2 \cdot y_{i,m}^2 + 1 \cdot y_{i,m}^3 + 0 \cdot y_{i,m}^4)$  Misserfolgen und somit insgesamt  $3(y_{i,m}^1 + y_{i,m}^2 + y_{i,m}^3 + y_{i,m}^4)$  Versuchen entspricht.

## Marginaler Erwartungswert im Proportional-Odds-Modell

Der marginale Erwartungswert für den Punktwert eines Items ist

$$\begin{aligned} E(p_{ijml}) &= \sum_{k=0}^{K_{ml}-1} \frac{k}{K_{ml}-1} P(Y_{ijml} = k), \text{ wobei} \\ P(Y_{ijml} \leq k) &= \int_{-\infty}^{\infty} F_{\text{logit}}(\delta_k - (\gamma_{ml} + \lambda_{ml} \text{logit}(\theta_{im}) + b_{ij})) \phi(b_{ij} | 0, \tau^2) db_{ij}, \end{aligned}$$

woraus dann die entsprechenden Kategoriewahrscheinlichkeiten  $P(Y_{ijml} = k)$  per Differenz der kumulierten Wahrscheinlichkeiten berechnet werden können. Durch die Formel wird klar, dass der marginale Erwartungswert von  $p_{ijml}$  vom Parameter  $\tau$  abhängt. Der Skalierungsfaktor kann z. B. dafür benutzt werden, dass der marginale Erwartungswert genau  $\theta_{im}$  für ein Item ist, obwohl  $\tau > 0$ . Bei einem binären Item mit  $\gamma_{ml} = 0$  und ohne Patienteneffekte (d. h.  $b_{ij} = 0$ ) gilt

$$E(p_{ijml}) = \text{logit}^{-1}(\lambda_{ml} \text{logit}(\theta_{im})),$$

d. h., für diesen Fall würde man  $\lambda_{ml} = 1$  wählen.

## Literatur

Held, L; Bové, DS (2014): Applied Statistical Inference: Likelihood and Bayes. Heidelberg [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-37886-7.

## Anhang H: Darstellung der Häufigkeiten sowie Lage- und Streuungsmaße der Items in den Qualitätsindikatoren

### Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, welche psychische Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde?“ (ARErkFest).....	5
Tabelle 2: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, wie sich die psychische Erkrankung bemerkbar machen kann?“ (ARErkBemerk).....	5
Tabelle 3: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, wie die psychische Erkrankung verlaufen kann?“ (ARErkVerlauf).....	6
Tabelle 4: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen können?“ (ARMed) .....	6
Tabelle 5: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung eine Psychotherapie machen können?“ (ARPsycht) .....	7
Tabelle 6: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen und zusätzlich eine Psychotherapie machen können?“ (ARMedPsycht).....	7
Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Soziotherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie)?“ (ARAndTherapie).....	8
Tabelle 8: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an das Krankenhaus direkt oder an das Notfalltelefon eines Krisendienstes)?“ (MAGespSchlecht) .....	8
Tabelle 9: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst (APP))?“ (MAGespHilfen).....	9
Tabelle 10: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen wie Sie sich im Krankenhaus zurechtfinden können (z. B. auf der Station oder Wege zu Therapieräumen)?“ (MAOrgaKH) .....	10
Tabelle 11: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen wie die Abläufe und Regeln auf der Station sind	

(z. B. Zeiten für Therapiesitzungen, Besuche, Essen, Ruhe, Verlassen der Station)?“  
(MARegelKH)..... 10

Tabelle 12: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?“  
(ARAblaufBeh)..... 11

Tabelle 13: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?“ (ARAblaufBeh) ..... 12

Tabelle 14: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus gelernt, besser mit Ihrer psychischen Erkrankung umzugehen?“  
(PAUmgErk)..... 13

Tabelle 15: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wissen Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus mehr über Ihre psychische Erkrankung als vorher?“ (PAWissen)..... 13

Tabelle 16: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich ernst genommen.“ (ARErnstGen)..... 14

Tabelle 17: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich ernst genommen.“ (ARErnstGen)..... 14

Tabelle 18: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich mit Respekt behandelt.“ (ARRespektBeh) ..... 15

Tabelle 19: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich mit Respekt behandelt.“ (ARRespektBeh) ..... 15

Tabelle 20: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben sich für mich und meine Situation interessiert.“ (ARInteresse)..... 16

Tabelle 21: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben sich für mich und meine Situation interessiert.“ (ARInteresse) ..... 16

Tabelle 22: Häufigkeitsverteilung der Variable „Das Pflegepersonal hat mich ernst genommen.“ (PPErnstGen)..... 17

Tabelle 23: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Das Pflegepersonal hat mich ernst genommen.“ (PPErnstGen)..... 17

Tabelle 24: Häufigkeitsverteilung der Variable „Das Pflegepersonal hat mich mit Respekt behandelt.“ (PPRespektBeh)..... 18

Tabelle 25: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Das Pflegepersonal hat mich mit Respekt behandelt.“ (PPRespektBeh)..... 18

Tabelle 26: Häufigkeitsverteilung der Variable „Das Pflegepersonal hat sich für mich und meine Situation interessiert.“ (PPInteresse) ..... 19

Tabelle 27: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Das Pflegepersonal hat sich für mich und meine Situation interessiert.“ (PPInteresse) ..... 19

Tabelle 28: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mit mir ungestörte Gespräche geführt.“ (ARUngGesp)..... 20

Tabelle 29: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mit mir ungestörte Gespräche geführt.“ (ARUngGesp)..... 20

Tabelle 30: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.“ (ARZeit)..... 21

Tabelle 31: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.“ (ARZeit).....	21
Tabelle 32: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.“ (ARErmutigtFr) .....	22
Tabelle 33: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.“ (ARErmutigtFr) .....	22
Tabelle 34: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.“ (ARAngeVer).....	23
Tabelle 35: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.“ (ARAngeVer).....	23
Tabelle 36: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?“ (ARWünsche) .....	24
Tabelle 37: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?“ (ARBestBeh) .....	24
Tabelle 38: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt in die Planung Ihrer Behandlung so einbezogen, wie Sie es wollten?“ (PAEinbBehPlan) .....	25
Tabelle 39: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden bei dem stationären Aufenthalt mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung festgelegt?“ (PAGemZiel) .....	25
Tabelle 40: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurde mit Ihnen im Verlauf der stationären Behandlung über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)?“ (PAZielGesp).....	26
Tabelle 41: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wofür Sie die Medikamente bekommen?“ (ARErklMed) .....	27
Tabelle 42: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wofür Sie die Medikamente bekommen?“ (ARErklMed) .....	27
Tabelle 43: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wie lange Sie die Medikamente bekommen?“ (ARDauerMed).....	28
Tabelle 44: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wie lange Sie die Medikamente bekommen?“ (ARDauerMed).....	28
Tabelle 45: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?“ (ARNebWechsMed).....	29
Tabelle 46: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?“ (ARNebWechsMed).....	29
Tabelle 47: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt eine schriftliche Übersicht zu Ihren Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)?“ (PAÜbersMed).....	30

Tabelle 48: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie in die Behandlung mit den Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten (z. B. Art der Medikamente, die einzunehmende Menge, die Häufigkeit der Einnahme)?“ (PAEinbMed) .....	31
Tabelle 49: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt während Ihres stationären Aufenthalts gefragt, ob Sie von den Medikamenten Nebenwirkungen haben?“ (ARNebMed).....	31
Tabelle 50: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen?“ (ARAbspMed) .....	32
Tabelle 51: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt oder eine Therapeutin / ein Therapeut mit Ihnen hinterher die Zwangsmaßnahme besprochen?“ (ARGespZwangsmKH).....	33
Tabelle 52: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt vom Sozialdienst beraten?“ (PASozDienstKH).....	34
Tabelle 53: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurde mit Ihnen am Ende Ihres stationären Aufenthalts ein Abschlussgespräch geführt?“ (PAAbschlussgespKH) .....	34
Tabelle 54: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt mit Ihnen darüber gesprochen, wie es für Sie in den nächsten Tagen nach der Entlassung weitergeht?“ (ARVorgehenEntlKH).....	35
Tabelle 55: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hatten Sie genügend Zeit, sich auf Ihre Entlassung vorzubereiten?“ (PAVorbEntlKH).....	35
Tabelle 56: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie während Ihres stationären Aufenthalts vom Krankenhaus unterstützt, einen Termin zur weiteren psychiatrischen Behandlung in einer Arztpraxis oder einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) zu vereinbaren?“ (PATerminAmbKH) .....	36
Tabelle 57: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?“ (MAGespTagPlan).....	37
Tabelle 58: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Beziehungen zu anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)?“ (MAGespBezGest).....	37
Tabelle 59: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können?“ (MAGespFreizGest).....	38
Tabelle 60: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen?“ (MAGespArbAusb) .....	38

## Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zur Erkrankung und Behandlung“ (QI-ID 59100)

Tabelle 1: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, welche psychische Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde?“ (ARErkFest)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	97	75,8	82,2	82,2
	Nein (0)	21	16,4	17,8	100,0
	Gesamt	118	92,2	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	9	7,0		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Gesamt	10	7,8		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 2: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, wie sich die psychische Erkrankung bemerkbar machen kann?“ (ARErkBemerk)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	79	61,7	73,8	73,8
	Nein (0)	28	21,9	26,2	100,0
	Gesamt	107	83,6	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	14	10,9		
	Keine Angabe	7	5,5		
	Gesamt	21	16,4		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Aufgrund von Rundungen kann es bei der Summe zu Werten kommen, die nicht genau 100,0 entsprechen.

Tabelle 3: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, wie die psychische Erkrankung verlaufen kann?“ (ARerkVerlauf)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	71	55,5	67,6	67,6
	Nein (0)	34	26,6	32,4	100,0
	Gesamt	105	82,0	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	19	14,8		
	Keine Angabe	4	3,1		
	Gesamt	23	18,0		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 4: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen können?“ (ARMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	122	95,3	95,3	95,3
	Nein (0)	6	4,7	4,7	100,0
	Gesamt	128	100,0	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	0	0,0		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	0	0,0		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 5: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung eine Psychotherapie machen können?“ (ARPsycht)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	73	57,0	61,9	61,9
	Nein (0)	45	35,2	38,1	100,0
	Gesamt	118	92,2	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	7	5,5		
	Keine Angabe	3	2,3		
	Gesamt	10	7,8		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 6: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen und zusätzlich eine Psychotherapie machen können?“ (ARMedPsycht)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	70	54,7	60,3	60,3
	Nein (0)	46	35,9	39,7	100,0
	Gesamt	116	90,6	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	10	7,8		
	Keine Angabe	2	1,6		
	Gesamt	12	9,4		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Soziotherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie)?“ (ARAndTherapie)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	90	70,3	75,0	75,0
	Nein (0)	30	23,4	25,0	100,0
	Gesamt	120	93,8	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	7	5,5		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Gesamt	8	6,3		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 8: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an das Krankenhaus direkt oder an das Notfalltelefon eines Krisendienstes)?“ (MAGespSchlecht)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	91	71,1	78,4	78,4
	Nein (0)	25	19,5	21,6	100,0
	Gesamt	116	90,6	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	12	9,4		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	12	9,4		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 9: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst (APP))?“ (MAGespHilfen)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	68	53,1	62,4	62,4
	Nein (0)	41	32,0	37,6	100,0
	Gesamt	109	85,2	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	13	10,2		
	Keine Angabe	6	4,7		
	Gesamt	19	14,8		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

### Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts“ (QI-ID 59101)

Tabelle 10: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen wie Sie sich im Krankenhaus zurechtfinden können (z. B. auf der Station oder Wege zu Therapieräumen)?“ (MAOrgaKH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	41	73,2	82,0	82,0
	Nein (0)	9	16,1	18,0	100,0
	Gesamt	50	89,3	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	4	7,1		
	Keine Angabe	2	3,6		
	Gesamt	6	10,7		
<b>Gesamt</b>		56	100,0		

Tabelle 11: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen wie die Abläufe und Regeln auf der Station sind (z. B. Zeiten für Therapiesitzungen, Besuche, Essen, Ruhe, Verlassen der Station)?“ (MARegelKH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	47	83,9	88,7	88,7
	Nein (0)	6	10,7	11,3	100,0
	Gesamt	53	94,6	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	3	5,4		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	3	5,4		
<b>Gesamt</b>		56	100,0		

Tabelle 12: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?“ (ARAblaufBeh)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	38	67,9	79,2	79,2
	Nein (0)	10	17,9	20,8	100,0
	Gesamt	48	85,7	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	8	14,3		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	8	14,3		
<b>Gesamt</b>		56	100,0		

### Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung“ (QI-ID 59102)

Tabelle 13: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?“ (ARAblaufBeh)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	37	51,4	58,7	58,7
	Nein (0)	26	36,1	41,3	100,0
	Gesamt	63	87,5	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	8	11,1		
	Keine Angabe	1	1,4		
	Gesamt	9	12,5		
<b>Gesamt</b>		72	100,0		

### Qualitätsindikator „Erfolg der Psychoedukation“ (QI-ID 59103)

Tabelle 14: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus gelernt, besser mit Ihrer psychischen Erkrankung umzugehen?“ (PAUmgErk)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	103	80,5	91,2	91,2
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	10	7,8	8,8	100,0
	Gesamt	113	88,3	100,0	
<b>Fehlend</b>	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	11	8,6		
	Weiß nicht	4	3,1		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	15	11,7		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 15: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wissen Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus mehr über Ihre psychische Erkrankung als vorher?“ (PAWissen)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	92	71,9	83,6	83,6
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	18	14,1	16,4	100,0
	Gesamt	110	85,9	100,0	
<b>Fehlend</b>	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	11	8,6		
	Weiß nicht	7	5,5		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	18	14,1		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

## Qualitätsindikator „Interessierter und wertschätzender Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten“ (QI-ID 59104)

Tabelle 16: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich ernst genommen.“ (ARErnstGen)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Immer (100)	87	68,0	69,0	69,0
	Meistens (67)	33	25,8	26,2	95,2
	Selten (33)	2	1,6	1,6	96,8
	Nie (0)	4	3,1	3,2	100,0
	Gesamt	126	98,4	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht	1	0,8		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Gesamt	2	1,6		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 17: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich ernst genommen.“ (ARErnstGen)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	87,1
Standardabweichung	22,6

Tabelle 18: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich mit Respekt behandelt.“ (ARRespektBeh)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Immer (100)	95	74,2	76,0	76,0
	Meistens (67)	27	21,1	21,6	97,6
	Selten (33)	2	1,6	1,6	99,2
	Nie (0)	1	0,8	0,8	100,0
	Gesamt	125	97,7	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht	1	0,8		
	Keine Angabe	2	1,6		
	Gesamt	3	2,3		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 19: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich mit Respekt behandelt.“ (ARRespektBeh)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	91,0
Standardabweichung	17,6

Tabelle 20: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben sich für mich und meine Situation interessiert.“ (ARInteresse)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Immer (100)	84	65,6	68,3	68,3
	Meistens (67)	34	26,6	27,6	95,9
	Selten (33)	4	3,1	3,3	99,2
	Nie (0)	1	0,8	0,8	100,0
	Gesamt	123	96,1	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht	5	3,9		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	5	3,9		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 21: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben sich für mich und meine Situation interessiert.“ (ARInteresse)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	87,9
Standardabweichung	19,6

### Qualitätsindikator „Interessierter und wertschätzender Umgang des Pflegepersonals mit der Patientin / dem Patienten“ (QI-ID 59105)

Tabelle 22: Häufigkeitsverteilung der Variable „Das Pflegepersonal hat mich ernst genommen.“ (PPErnstGen)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Immer (100)	42	57,5	62,7	62,7
	Meistens (67)	22	30,1	32,8	95,5
	Selten (33)	2	2,7	3,0	98,5
	Nie (0)	1	1,4	1,5	100,0
	Gesamt	67	91,8	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht	0	0,0		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Systemdefiniert fehlend	6	8,2		
	Gesamt	6	8,2		
<b>Gesamt</b>		73	100,0		

Tabelle 23: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Das Pflegepersonal hat mich ernst genommen.“ (PPErnstGen)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	85,7
Standardabweichung	21,0

Tabelle 24: Häufigkeitsverteilung der Variable „Das Pflegepersonal hat mich mit Respekt behandelt.“ (PPRespektBeh)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Immer (100)	51	69,9	76,1	76,1
	Meistens (67)	15	20,5	22,4	98,5
	Selten (33)	1	1,4	1,5	100,0
	Nie (0)	0	0,0	0,0	100,0
	Gesamt	67	91,8	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht	0	0,0		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Systemdefiniert fehlend	6	8,2		
	Gesamt	6	8,2		
<b>Gesamt</b>		73	100,0		

Tabelle 25: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Das Pflegepersonal hat mich mit Respekt behandelt.“ (PPRespektBeh)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	91,6
Standardabweichung	15,6

Tabelle 26: Häufigkeitsverteilung der Variable „Das Pflegepersonal hat sich für mich und meine Situation interessiert.“ (PPInteresse)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Immer (100)	36	49,3	56,3	56,3
	Meistens (67)	25	34,2	39,1	95,4
	Selten (33)	2	2,7	3,1	98,5
	Nie (0)	1	1,4	1,6	100,0
	Gesamt	64	87,7	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht	3	4,1		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Systemdefiniert fehlend	6	8,2		
	Gesamt	9	12,3		
<b>Gesamt</b>		73	100,0		

Tabelle 27: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Das Pflegepersonal hat sich für mich und meine Situation interessiert.“ (PPInteresse)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	83,5
Standardabweichung	21,3

## Qualitätsindikator „Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituationen von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten“ (QI-ID 59106)

Tabelle 28: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mit mir ungestörte Gespräche geführt.“ (ARUngGesp)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Immer (100)	75	58,6	59,5	59,5
	Meistens (67)	35	27,3	27,8	87,3
	Selten (33)	13	10,2	10,3	97,6
	Nie (0)	3	2,3	2,4	100,0
	Gesamt	126	98,4	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	1	0,8		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Gesamt	2	1,6		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 29: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mit mir ungestörte Gespräche geführt.“ (ARUngGesp)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	81,5
Standardabweichung	25,9

Tabelle 30: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.“ (ARZeit)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Immer (100)	72	56,3	57,1	57,1
	Meistens (67)	37	28,9	29,4	86,5
	Selten (33)	13	10,2	10,3	96,8
	Nie (0)	4	3,1	3,2	100,0
	Gesamt	126	98,4	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	0	0,0		
	Keine Angabe	2	1,6		
	Gesamt	2	1,6		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 31: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.“ (ARZeit)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	80,2
Standardabweichung	26,7

Tabelle 32: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.“ (ARErmutigtFr)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Immer (100)	41	32,0	33,3	33,3
	Meistens (67)	39	30,5	31,7	65,0
	Selten (33)	31	24,2	25,2	90,2
	Nie (0)	12	9,4	9,8	100,0
	Gesamt	123	96,1	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	3	2,3		
	Keine Angabe	2	1,6		
	Gesamt	5	3,9		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 33: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.“ (ARErmutigtFr)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	67,0
arithmetisches Mittel	62,9
Standardabweichung	32,9

## Qualitätsindikator „Beteiligung an Entscheidungen zur Planung der Behandlung“ (QI-ID 59107)

Tabelle 34: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.“ (ARAngeVer)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Immer (100)	22	17,2	18,6	18,6
	Meistens (67)	21	16,4	17,8	36,4
	Selten (33)	26	20,3	22,0	58,4
	Nie (0)	49	38,3	41,5	100,0
	Gesamt	118	92,2	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	6	4,7		
	Keine Angabe	4	3,1		
	Gesamt	10	7,8		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 35: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.“ (ARAngeVer)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	33,0
arithmetisches Mittel	37,8
Standardabweichung	38,5

Tabelle 36: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?“ (ARWünsche)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	59	46,1	54,1	54,1
	Nein (0)	50	39,1	45,9	100,0
	Gesamt	109	85,2	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	19	14,8		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	19	14,8		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 37: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?“ (ARBestBeh)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	69	53,9	62,7	62,7
	Nein (0)	41	32,0	37,3	100,0
	Gesamt	110	85,9	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	16	12,5		
	Keine Angabe	2	1,6		
	Gesamt	18	14,1		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 38: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt in die Planung Ihrer Behandlung so einbezogen, wie Sie es wollten?“ (PAEinbBehPlan)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	83	64,8	74,8	74,8
	Nein (0)	28	21,9	25,2	100,0
	Gesamt	111	86,7	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	16	12,5		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Gesamt	17	13,3		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 39: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden bei dem stationären Aufenthalt mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung festgelegt?“ (PAGemZiel)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja, es wurden mit mir Ziele festgelegt (100)	64	50,0	57,7	57,7
	Nein, es wurden ohne mich Ziele festgelegt (0)	9	7,0	8,1	65,8
	Nein, es wurden gar Keine Ziele festgelegt (0)	38	29,7	34,2	100,0
	Gesamt	111	86,7	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	9	7,0		
	Keine Angabe	8	6,3		
	Gesamt	17	13,3		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 40: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurde mit Ihnen im Verlauf der stationären Behandlung über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)?“ (PAZielGesp)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	56	43,8	93,3	93,3
	Nein (0)	4	3,1	6,7	100,0
	Gesamt	60	46,9	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	4	3,1		
	Keine Angabe	4	3,1		
	Systemdefiniert fehlend	60	46,9		
	Gesamt	68	53,1		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

## Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zur Medikation“ (QI-ID 59108)

Tabelle 41: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wofür Sie die Medikamente bekommen?“ (ARerklMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Immer (100)	59	46,1	52,7	52,7
	Meistens (67)	28	21,9	25,0	77,7
	Selten (33)	16	12,5	14,3	92,0
	Nie (0)	9	7,0	8,0	100,0
	Gesamt	112	87,5	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	7	5,5		
	Keine Angabe	2	1,6		
	Systemdefiniert fehlend	7	5,4		
	Gesamt	16	12,5		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 42: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wofür Sie die Medikamente bekommen?“ (ARerklMed)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	74,1
Standardabweichung	32,5

Tabelle 43: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wie lange Sie die Medikamente bekommen?“ (ARDauerMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Immer (100)	41	32,0	36,9	36,9
	Meistens (67)	22	17,2	19,8	56,7
	Selten (33)	17	13,3	15,3	72,0
	Nie (0)	31	24,2	28,0	100,0
	Gesamt	111	86,7	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	5	3,9		
	Keine Angabe	5	3,9		
	Systemdefiniert fehlend	7	5,4		
	Gesamt	17	13,3		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 44: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wie lange Sie die Medikamente bekommen?“ (ARDauerMed)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	67,0
arithmetisches Mittel	55,3
Standardabweichung	41,4

Tabelle 45: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?“ (ARNebWechsMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Immer (100)	31	24,2	28,2	38,2
	Meistens (67)	25	19,5	22,7	50,9
	Selten (33)	23	18,0	20,9	71,8
	Nie (0)	31	24,2	28,2	100,0
	Gesamt	110	85,9	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	3	2,3		
	Keine Angabe	8	6,3		
	Systemdefiniert fehlend	7	5,5		
	Gesamt	18	14,1		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 46: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?“ (ARNebWechsMed)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	67,0
arithmetisches Mittel	50,3
Standardabweichung	39,4

Tabelle 47: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt eine schriftliche Übersicht zu Ihren Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)?“ (PAÜbersMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	55	43,0	50,5	50,5
	Nein (0)	54	42,2	49,5	100,0
	Gesamt	109	85,2	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	9	7,0		
	Keine Angabe	3	2,3		
	Systemdefiniert fehlend	7	5,5		
	Gesamt	19	14,8		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

## Qualitätsindikator „Beteiligung bei der Auswahl der Medikamente“ (QI-ID 59109)

Tabelle 48: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie in die Behandlung mit den Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten (z. B. Art der Medikamente, die einzunehmende Menge, die Häufigkeit der Einnahme)?“ (PAEinbMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	82	64,1	72,6	72,6
	Nein (0)	31	24,2	27,4	100,0
	Gesamt	113	88,3	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	7	5,5		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Systemdefiniert fehlend	7	5,4		
	Gesamt	15	11,7		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 49: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt während Ihres stationären Aufenthalts gefragt, ob Sie von den Medikamenten Nebenwirkungen haben?“ (ARNebMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	69	53,9	63,9	63,9
	Nein (0)	39	30,5	36,1	100,0
	Gesamt	108	84,4	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	12	9,4		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Systemdefiniert fehlend	7	5,4		
	Gesamt	20	15,6		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 50: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen?“ (ARAbspMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	88	68,8	76,5	76,5
	Nein (0)	27	21,1	23,5	100,0
	Gesamt	115	89,8	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	5	3,9		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Systemdefiniert fehlend	8	6,3		
	Gesamt	13	10,2		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

### Qualitätsindikator „Nachbesprechung der restriktiven Maßnahmen (nur stationäre Versorgung)“ (QI-ID 59112)

Tabelle 51: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt oder eine Therapeutin / ein Therapeut mit Ihnen hinterher die Zwangsmaßnahme besprochen?“ (ARGespZwangsmKH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	0	0,0	0,0	0,0
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	2	3,6	100,0	100,0
	Gesamt	2	3,6	100,0	
<b>Fehlend</b>	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	1	1,8		
	Weiß nicht mehr	0	0,0		
	Keine Angabe	4	7,1		
	Systemdefiniert fehlend	49	87,5		
	Gesamt	54	96,4		
<b>Gesamt</b>		56	100,0		

## Qualitätsindikator „Einbezug von Patientinnen und Patienten in die Entlassungsvorbereitungen (nur stationäre Versorgung)“ (QI-ID 59111)

Tabelle 52: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt vom Sozialdienst beraten?“ (PASozDienstKH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	27	48,2	96,4	96,4
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	1	1,8	3,6	100,0
	Gesamt	28	50,0	100,0	
<b>Fehlend</b>	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	27	48,2		
	Weiß nicht mehr	1	1,8		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	28	50,0		
<b>Gesamt</b>		56	100,0		

Tabelle 53: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurde mit Ihnen am Ende Ihres stationären Aufenthalts ein Abschlussgespräch geführt?“ (PAAbschlussgesprKH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	48	85,7	92,3	92,3
	Nein (0)	4	7,1	7,7	100,0
	Gesamt	52	92,9	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	4	7,1		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	4	7,1		
<b>Gesamt</b>		56	100,0		

Tabelle 54: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt mit Ihnen darüber gesprochen, wie es für Sie in den nächsten Tagen nach der Entlassung weitergeht?“ (ARVorgehenEntlKH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	44	78,6	81,5	81,5
	Nein (0)	10	17,9	18,5	100,0
	Gesamt	54	96,4	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	2	3,6		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	2	3,6		
<b>Gesamt</b>		56	100,0		

Tabelle 55: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hatten Sie genügend Zeit, sich auf Ihre Entlassung vorzubereiten?“ (PAVorbEntlKH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	48	85,7	88,9	88,9
	Nein (0)	6	10,7	11,1	100,0
	Gesamt	54	96,4	100,0	
<b>Fehlend</b>	Weiß nicht mehr	1	1,8		
	Keine Angabe	1	1,8		
	Gesamt	2	3,6		
<b>Gesamt</b>		56	100,0		

### Qualitätsindikator „Unterstützung zur Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)“ (QI-ID 59112)

Tabelle 56: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie während Ihres stationären Aufenthalts vom Krankenhaus unterstützt, einen Termin zur weiteren psychiatrischen Behandlung in einer Arztpraxis oder einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) zu vereinbaren?“ (PATerminAmbKH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja, bei einer Psychiaterin / einem Psychiater oder einer Nervenärztin / einem Nervenarzt in der Praxis (100)	17	30,4	47,2	47,2
	Ja, bei einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) (100)	17	30,4	47,2	94,4
	Nein, obwohl ich mir es gewünscht hätte (0)	2	3,6	5,6	100,0
	Gesamt	36	64,3	100,0	
<b>Fehlend</b>	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	8	14,3		
	Nein, ich wurde in einer psychiatrischen Tagesklinik weiterbehandelt	8	14,3		
	Weiß nicht mehr	2	3,6		
	Keine Angabe	2	3,6		
	Gesamt	20	35,7		
<b>Gesamt</b>		56	100,0		

### Qualitätsindikator „Förderung der Teilhabe“ (QI-ID 59113)

Tabelle 57: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?“ (MAGespTagPlan)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	53	41,4	82,8	82,8
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	11	8,6	17,2	100,0
	Gesamt	64	50,0	100,0	
<b>Fehlend</b>	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	54	42,2		
	Weiß nicht mehr	9	7,0		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Gesamt	64	50,0		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 58: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Beziehungen zu anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)?“ (MAGespBezGest)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	47	36,7	65,3	65,3
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	25	19,5	34,7	100,0
	Gesamt	72	56,3	100,0	
<b>Fehlend</b>	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	53	41,4		
	Weiß nicht mehr	3	2,3		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	56	43,8		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 59: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können?“ (MAGespFreizGest)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	46	35,9	69,7	69,7
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	20	15,6	30,3	100,0
	Gesamt	66	51,6	100,0	
<b>Fehlend</b>	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	52	40,6		
	Weiß nicht mehr	10	7,8		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	62	48,4		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		

Tabelle 60: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen?“ (MAGespArbAusb)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
<b>Gültig</b>	Ja (100)	60	46,9	82,2	82,2
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	13	10,2	17,8	100,0
	Gesamt	73	57,0	100,0	
<b>Fehlend</b>	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	50	39,1		
	Weiß nicht mehr	5	3,9		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	55	43,0		
<b>Gesamt</b>		128	100,0		