Gemeinsamer Bundesausschuss

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des Berichts des IQTIG zur Veröffentlichung: Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Vom 18. März 2022

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 18. März 2022 beschlossen, den Bericht des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) *„Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“* gemäß **Anlagen** zur Veröffentlichung auf den Internetseiten des IQTIG (www.iqtig.org) freizugeben.

Der Beschluss wird auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 18. März 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Anlage zum Beschluss

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

vertraulich

Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Abschlussbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 14. Juni 2021

Impressum

Thema:
Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Abschlussbericht

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner:
Prof. Dr. Jürgen Pauletzki, Fanny Schoeler-Rädke

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:
17. Mai 2018

Datum der Abgabe:
14. Juni 2021

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

info@iqtig.org
https://www.iqtig.org

vertraulich

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis ... 7
Abbildungsverzeichnis ... 9
Abkürzungsverzeichnis ... 10
Kurzfassung ... 12
1 Einleitung ... 16
1.1 Hintergrund ... 16
1.2 Beauftragung und Auftragsverständnis ... 18
2 Versorgungspraxis ... 21
2.1 Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ... 21
2.1.1 Indikationen ... 21
2.1.2 Behandlungsformen ... 22
2.1.3 Weitere zentrale Elemente der Psychotherapie-Richtlinie ... 25
2.1.4 Neuerungen der Psychotherapie-Richtlinie ... 26
2.2 Ablauf der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ... 28
2.3 Versorgungspraxis zur ambulanten Psychotherapie nach Psychotherapie-Richtlinie ... 31
2.3.1 Versorgungsdichte durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten 31
2.3.2 Zugang zur ambulanten Psychotherapie ... 32
2.3.3 Charakteristika der Versorgung von Patientinnen und Patienten ... 33
2.3.4 Volkswirtschaftliche Konsequenzen von psychischen Erkrankungen ... 34
3 Methodisches Vorgehen ... 36
3.1 Leitlinien- und Literaturrecherche ... 36
3.1.1 Ziele der Recherche ... 36
3.1.2 Recherchekonzept ... 37
3.2 Ergebnisse der Leitlinien- und Literaturrecherche ... 39
3.2.1 Ergebnisse der systematischen Leitlinienrecherche ... 39
3.2.2 Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche ... 43
3.2.3 Erkenntnisse aus der systematischen und orientierenden Literaturrecherche zu den einzelnen Qualitätsaspekten ... 45
3.2.4 Zusammenfassung und Limitationen ... 48

vertraulich

3.3 Fokusgruppen ... 48
3.3.1 Ziele der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ... 48
3.3.2 Planung der Fokusgruppen und Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ... 49
3.3.3 Ethikvotum und Datenschutzkonzept ... 51
3.3.4 Moderationsleitfaden ... 51
3.3.5 Durchführung der Fokusgruppen ... 52
3.3.6 Kurzfragebogen ... 52
3.3.7 Auswertung des Datenmaterials ... 53
3.4 Datenbasis ... 54
3.4.1 Sozialdaten ... 54
3.4.2 Auswertung ambulanter Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ... 55
3.5 Einbindung externer Expertinnen und Experten ... 55
3.5.1 Ziele und Aufgaben des Expertengremiums ... 55
3.5.2 Registrierungsverfahren für das Expertengremium ... 57
3.5.3 Auswahl der Expertinnen und Experten und Besetzung des Expertengremiums ... 58
3.5.4 Treffen des Expertengremiums ... 59
3.5.5 Vorgehen bei der Einschätzung der Qualitätsmerkmale durch das Expertengremium ... 59
3.6 Indikatorenentwicklung ... 61
3.7 Beteiligungsverfahren ... 65
4 Grundgesamtheit des QS-Verfahrens ... 67
4.1 Adressiertes Patientenkollektiv ... 67
4.2 Eingeschlossene Diagnosen ... 67
4.3 Ausgeschlossene Diagnosen ... 70
4.4 Eingeschlossene Leistungen ... 71
4.5 Adressierte Leistungserbringer ... 72
4.6 Beschreibung der Patientinnen und Patienten ... 72
4.7 Beschreibung der ambulanten Leistungserbringer ... 77

vertraulich

5 Entwicklung der Qualitätsindikatoren ... 80
5.1 Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Diagnostik“ ... 81
5.1.1 Ableitung der patientenrelevanten Qualitätsmerkmale ... 81
5.1.2 Operationalisierte Qualitätsmerkmale ... 85
5.2 Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Therapiezielvereinbarung“ ... 89
5.2.1 Ableitung der patientenrelevanten Qualitätsmerkmale ... 89
5.2.2 Operationalisierte Qualitätsmerkmale ... 92
5.3 Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“ ... 94
5.3.1 Ableitung der patientenrelevanten Qualitätsmerkmale ... 94
5.3.2 Operationalisierte Qualitätsmerkmale ... 96
5.4 Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Kooperation“ ... 100
5.4.1 Ableitung der patientenrelevanten Qualitätsmerkmale ... 100
5.4.2 Operationalisierte Qualitätsmerkmale ... 102
5.5 Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“ ... 104
5.5.1 Ableitung der patientenrelevanten Qualitätsmerkmale ... 104
5.5.2 Operationalisierte Qualitätsmerkmale ... 108
5.6 Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Outcome“ ... 112
5.6.1 Ableitung der patientenrelevanten Qualitätsmerkmale ... 112
5.6.2 Operationalisierte Qualitätsmerkmale ... 118
6 Empfohlene Qualitätsindikatoren ... 121
7 Umsetzungs- und Auswertungskonzept ... 127
7.1 Allgemeine Informationen zur Datenerfassung ... 127
7.1.1 Verfahrensart (bundes-/länderbezogenes Verfahren) ... 127
7.1.2 Vollerhebung/Stichprobe ... 127
7.1.3 Einbezogene Datenquellen und Erhebungsinstrumente ... 127
7.2 Fallbezogene QS-Dokumentation ... 128
7.2.1 Grundlagen und rechtliche Rahmenbedingungen ... 128
7.2.2 Datenselektion (QS-Filter) ... 128
7.2.3 Erforderliche Datenfelder ... 129
7.2.4 Prüfung der Datenqualität ... 130
7.2.5 Vollzähligkeit (Soll/Ist-Abgleich) und Vollständigkeit ... 130

vertraulich

7.3 Grundmodell des Datenflusses ... 132
7.3.1 Erhebung und Pseudonymisierung von patienten- und leistungserbringeridentifizierenden Daten ... 132
7.3.2 Datenflüsse ... 133
7.4 Softwareumsetzung ... 134
7.5 Auswertungskonzept ... 136
7.6 Berichtswesen ... 138
7.6.1 Berichte an die Leistungserbringer ... 139
7.6.2 Länder- und bundesbezogene Berichte ... 140
7.6.3 Berichtszeitpunkte ... 141
7.7 Durchführung der qualitätssichernden Maßnahmen ... 141
8 Schritte bis zum Regelbetrieb ... 143
9 Fazit ... 145
Literatur ... 147

vertraulich

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Geplante Anzahl und Zusammensetzung der Fokusgruppen für die Entwicklung der Patientenbefragung (Juli 2019) 50
Tabelle 2: In das QS-Verfahren eingeschlossene Diagnosen nach ICD-10-GM 67
Tabelle 3: Für die dokumentationsbasierten Indikatoren eingeschlossene GOPs (Einzelsetting) 71
Tabelle 4: In das QS-Verfahren eingeschlossene Leistungserbringer (Fachgruppencodes) 72
Tabelle 5: Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die einzeltherapeutischen Behandlungen in Kurz- und Langzeittherapie und Anteil an Gesamtheit der Behandlungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie für den Zeitraum 1. Juli 2017 bis 30. Juni 2018 73
Tabelle 6: Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen im Jahr 2018 mindestens einmal eine GOP für eine Richtlinien-Psychotherapie abgerechnet wurde 75
Tabelle 7: Die fünf häufigsten codierten Diagnosegruppen nach ICD-10-GM von Patientinnen und Patienten in Richtlinien-Psychotherapie (inklusive Komorbiditäten) 76
Tabelle 8: Konkretisierte Qualitätsmerkmale und Qualitätsindikatoren des Qualitätsaspekts „Diagnostik“ 85
Tabelle 9: Qualitätsindikator „Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen“ (QI 43xx14) 87
Tabelle 10: Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten“ (QI 43xx15) 89
Tabelle 11: Konkretisierte Qualitätsmerkmale und Qualitätsindikatoren des Qualitätsaspekts „Therapiezielvereinbarung“ 92
Tabelle 12: Qualitätsindikator „Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen“ (QI 43xx16) 93
Tabelle 13: Konkretisierte Qualitätsmerkmale und Qualitätsindikatoren des Qualitätsaspekts „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“ 97
Tabelle 14: Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs“ (QI 43xx17) 98
Tabelle 15: Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf“ (QI 43xx18) 99
Tabelle 16: Konkretisierte Qualitätsmerkmale und Qualitätsindikatoren des Qualitätsaspekts „Kooperation“ 102
Tabelle 17: Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten“ (QI 43xx19) 104
Tabelle 18: Konkretisierte Qualitätsmerkmale und Qualitätsindikatoren des Qualitätsaspekts „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“ 108
Tabelle 19: Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie“ (QI 43xx20) 110

vertraulich

Tabelle 20: Qualitätsindikator „Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses“ (QI 43xx21) 111
Tabelle 21: Konkretisierte Qualitätsmerkmale und Qualitätsindikatoren des Qualitätsaspekts „Outcome“ 118
Tabelle 22: Qualitätsindikator „Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie“ (QI 43xx22) 119
Tabelle 23: Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation für das QS-Verfahren „Ambulante Psychotherapie“ 121
Tabelle 24: Zuordnung der Qualitätsindikatoren zu den Qualitätsdimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts 125
Tabelle 25: Anzahl der Datenfelder im Dokumentationsbogen für die fallbezogene ambulante QS-Dokumentation 129

vertraulich

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablauf der Entwicklung eines gemeinsamen Sets an Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens „Ambulante Psychotherapie“ 19
Abbildung 2: Versorgungspfad der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 29
Abbildung 3: Entwicklungsschritte vom Qualitätsmodell bis zum Qualitätsindikatorenset 61
Abbildung 4: Ablauf der Indikatorenentwicklung 62
Abbildung 5: Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die einzeltherapeutischen Behandlungen in Kurz- und Langzeittherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie im Verhältnis zur Gesamtheit der gruppentherapeutischen Behandlungen 74
Abbildung 6: Altersverteilung der Patientinnen und Patienten mit Richtlinien-Psychotherapie für den Zeitraum 1. Juli 2017 bis 30. Juni 2018 76
Abbildung 7: Anzahl an psychotherapeutischen Praxen, aufgeteilt nach der Anzahl der dort jeweils behandelten Patientinnen und Patienten für das Jahr 2018 78
Abbildung 8: Anzahl an Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), aufgeteilt nach der Anzahl der dort jeweils behandelten Patientinnen und Patienten für das Jahr 2018 79
Abbildung 9: Zuordnung der selektierten Qualitätsaspekte zu den Datenquellen des QS-Verfahrens „Ambulante Psychotherapie“ 80
Abbildung 10: Datenflüsse der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer .. 133
Abbildung 11: Mögliche Zeitschiene erfassungsjahresbezogener Lieferungen 138

vertraulich

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erklärung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AQUA	AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
AU-Tage	Arbeitsunfähigkeitstage
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BKK	Betriebskrankenkasse
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BSI	Brief Symptom Inventory
CORE-OM	Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE)-OM
COS	Core Outcome Set
DEGS1-MH	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und dem Zusatzmodul Psychische Gesundheit
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
DPtV	Deutsche PsychotherapeutenVereinigung
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-Textrevision
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EJ	Erfassungsjahr
Fg	Fokusgruppe
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GOP	Gebührenordnungsposition
HeilM-RL	Heilmittel-Richtlinie
HL7 FHIR®	auf HL7 Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR®)-Basis
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision – German Modification
IGES	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

vertraulich

Abkürzung	Erklärung
IT	Informationstechnologie
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KIM	Kommunikationsdienst im Gesundheitswesen
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZT	Kurzzeittherapie
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LANR	lebenslange Arztnummer
LZT	Langzeittherapie
MIOs	medizinische Informationsobjekte
MVZ	Medizinische Versorgungszentren
MW	Mittelwert
OQ-45	Outcome Questionnaire-45
PTV	Psychotherapievereinbarung
PVS	Praxisverwaltungssystem
QS	Qualitätssicherung
RKI	Robert Koch-Institut
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
SNK	Sicheres Netz der Kven
TI	Telematikinfrastruktur
TK	Techniker Krankenkasse

vertraulich

Kurzfassung

Hintergrund

Pro Jahr nehmen fast 1,5 Millionen Patientinnen und Patienten eine Psychotherapie in Einzelbehandlung, entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie), in Anspruch. Dafür stehen allein für Erwachsene mit psychischen Erkrankungen ca. 28.000 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Verfügung.

Das AQUA-Institut als damalige Institution nach § 137a SGB V wurde im Jahr 2014 vom G-BA mit der Erstellung einer Konzeptskizze für ein einrichtungsübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter beauftragt. Diese wurde im Dezember 2015 durch das Plenum abgenommen. In der Folge wurde das IQTIG 2018 mit einer Überprüfung und Aktualisierung der vom AQUA-Institut recherchierten Qualitätspotenziale und Versorgungsziele beauftragt. Dieser Zwischenbericht mit dem entwickelten Qualitätsmodell wurde dem G-BA am 28. Februar 2019 übergeben (IQTIG 2019d).

Auftrag

Mit dem Beschluss vom 17. Mai 2018 hat der G-BA das IQTIG beauftragt, unter Berücksichtigung der vom AQUA-Institut herausgearbeiteten therapieverfahrens- und diagnoseübergreifenden Qualitätspotenziale und der aktuellen Psychotherapie-Richtlinie ein einrichtungsübergreifendes QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zu entwickeln. Bis zum Zeitpunkt der Beauftragung konnten gemäß Psychotherapie-Richtlinie die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die analytische Psychotherapie und die Verhaltenstherapie als Behandlungsverfahren der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung erbracht werden. Da nach der Beauftragung, jedoch während der Entwicklungszeit, die Systemische Therapie ebenfalls als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen wurde, wurde – soweit zu diesem Zeitpunkt noch möglich – die Übertragbarkeit der Entwicklungsergebnisse auf die Systemische Therapie überprüft. Zielgruppe eines zukünftigen, zunächst sektorspezifischen QS-Verfahrens, das diagnose- und therapieverfahrensunabhängig angelegt sein soll, sind Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die eine psychotherapeutische Kurzzeit- oder Langzeittherapie bei ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren in Anspruch nehmen.

Die Ziele des QS-Verfahrens sind die Messung und vergleichende Darstellung der Qualität der psychotherapeutischen Versorgung, wofür ein kompaktes, fokussiertes und fallbezogenes Instrumentarium entwickelt werden soll. Dabei ist explizit die Entwicklung einer fallbezogenen QS-Dokumentation beauftragt. Die Instrumente und Indikatoren sollen sowohl auf die Beurteilung

vertraulich

der Prozessqualität als auch auf die Qualitätsförderung ausgerichtet sein. Im Zuge der Verfahrensentwicklung soll zudem geprüft werden, inwieweit Aspekte der Ergebnisqualität erfasst werden können und ob ein längerer Beobachtungszeitraum in Betracht gezogen werden sollte.

Grundlage für die Entwicklung der Qualitätsindikatoren (QI) ist der Zwischenbericht des IQTIG zum entwickelten Qualitätsmodell (IQTIG 2019d). Parallel wird für das zukünftige QS-Verfahren eine Patientenbefragung entwickelt. Das Ergebnis der jeweiligen Entwicklungen soll ein gemeinsames Set von Qualitätsindikatoren für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* sein, die sich gegenseitig hinsichtlich der Ziele des QS-Verfahrens sowie der Adressierung des Qualitätsmodells ergänzen.

Methodisches Vorgehen

Das methodische Vorgehen erfolgte entsprechend den „Methodischen Grundlagen V1.1“ des IQTIG (IQTIG 2019b). Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren baut einerseits auf der Evidenz aus Leitlinienempfehlungen auf, andererseits wurde eine Aktualisierung der systematischen Literaturrecherche zu den Rechercheblöcken „Versorgungssituation“ und „Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen“ vorgenommen, die sich zeitlich an den Recherchezeitraum für das entwickelte Qualitätsmodell (2014 bis Juni 2018) anschließt. Darüber hinaus wurde orientierend nach Literatur zu Risikoadjustierungsvariablen und Risikofaktoren sowie zur Abbildbarkeit von Ergebnisqualität gesucht und es konnten sowohl Auswertungen ambulanter Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) als auch neue anonymisierte Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse für explorative Analysen genutzt werden. Auswertungsergebnisse durchgeführter Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie sowie mit ambulant tätigen Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten standen ebenfalls zur Verfügung. Beratend einbezogen wurde zudem ein Expertengremium aus 19 ambulant tätigen Psychologischen wie ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychotherapieforscherinnen und Psychotherapieforschern sowie Patientenvertreterinnen und -vertretern. In den Treffen wurden die Qualitätsmerkmale bzw. Indikatorenentwürfe mit den Expertinnen und Experten inhaltlich-fachlich diskutiert und bewertet. Darüber hinaus wird auf Basis dieses Vorberichts ein Beteiligungsverfahren gemäß § 137a Abs. 7 SGB V durchgeführt, in dessen Rahmen die berechtigten Organisationen und Institutionen die Möglichkeit zur Stellungnahme erhalten.

Ergebnisse

Auf der Grundlage der aus dem entwickelten Qualitätsmodell abgeleiteten Qualitätsmerkmale und unter Anwendung der Ergebnisse der teilweise aktualisierten Leitlinien- und Literaturrecherchen, der Fokusgruppen, der erneuerten Sozialdatenanalysen sowie des Einbezugs der externen Expertise durch das Expertengremium wurden 9 Qualitätsindikatoren entwickelt, die den 6 Qualitätsaspekten des Qualitätsmodells der fallbezogenen QS-Dokumentation der Leistungserbringer zugeordnet sind.

Vertraulich

- Diagnostik
  - QI 43xx14: Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen
  - QI 43xx15: Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten
- Therapiezielvereinbarung
  - QI 43xx16: Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen
- Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf
  - QI 43xx17: Reflexion des Therapieverlaufs
  - QI 43xx18: Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf
- Kooperation
  - QI 43xx19: Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten
- Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes
  - QI 43xx20: Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie
  - QI 43xx21: Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses
- Outcome
  - QI 43xx22: Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie

Diese 9 Prozessindikatoren werden später, mit den Indikatoren der Patientenbefragung, die voraussichtlich sowohl Prozess- als auch Ergebnisqualität adressieren werden, das gemeinsame Indikatorenset für das QS-Verfahren bilden. Das IQTIG empfiehlt die Verwendung dieser Indikatoren auch für die Systemische Therapie.

Umsetzung

Das neue QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie adressiert alle volljährigen Patientinnen und Patienten, die im Rahmen einer Richtlinien-Psychotherapie (Kurz- oder Langzeittherapie aller Therapieverfahren) in Einzelbehandlung aufgrund einer Diagnose F06.- bis F69 und F80.- bis F99 gemäß der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM) behandelt wurden. In das QS-Verfahren einbezogen werden alle ambulanten, niedergelassenen Leistungserbringer, einschließlich der Medizinischen Versorgungszentren, die in Deutschland im Rahmen des GKV-Systems Richtlinien-Psychotherapie für Erwachsene erbringen und abrechnen dürfen (Fachgruppencodes 51, 58, 60, 61, 68). Nicht eingeschlossen sind ambulante psychotherapeutische Leistungen der Psychiatrischen Instituts- und der Hochschulambulanzen.

vertraulich

Der Dokumentationsbogen für die Leistungserbringer umfasst insgesamt 101 Datenfelder, von denen 89 fallbezogene Datenfelder und 12 administrative Datenfelder sind. Hierbei ist zu beachten, dass die Datenfeldnummerierung im Dokumentationsbogen bis DF 40 geht, da die anderen Datenfelder abhängige Datenfelder sind. Die administrativen Datenfelder können automatisch aus der Praxissoftware übertragen werden. Es wird empfohlen, dass der Dokumentationsbogen beim Leistungserbringer schon bei Beginn der Psychotherapie durch die Software geöffnet werden kann, um eine therapiebegleitende Dokumentation zu ermöglichen, da eine Richtlinienpsychotherapie bis zu zwei Jahren dauern kann. Der Export der Datensätze erfolgt mit der Auslösung der Dokumentationspflicht mit Abschluss der Richtlinienpsychotherapie im Erfassungsjahr (Gebührenordnungspositionen 88130 und 88131). Eine stichprobenartige Validierung der übermittelten QS-Dokumentation anhand der Behandlungsakte oder einer ggf. zukünftig eingeführten standardisierten Dokumentation erscheint grundsätzlich möglich.

Das zukünftige QS-Verfahren sollte länderbezogen durchgeführt werden und ist als Vollerhebung konzipiert, sodass ca. 1,5 Millionen QS-Fälle bei ca. 28.000 Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeutinnen eingeschlossen würden. Angesichts der relativ geringen Fallzahlen pro Leistungserbringer wird vorgeschlagen, den Auswertungszeitraum auf zwei Jahre zu erweitern. Dadurch würde sich auch die Zeit für die Durchführung der qualitätssichernden Maßnahmen verlängern, was die beauftragten Stellen auf Landesebene und ihre Fachgremien entlasten würde. An die Leistungserbringer sollten jedoch im Sinne eines kontinuierlichen Benchmarkings jährlich Rückmeldeberichte versandt werden, die sich auf einen gleitenden 2-Jahres-Zeitraum beziehen. Eine Bewertung mit Feststellung einer statistischen Auffälligkeit und eine anschließende Prüfung auf das Vorliegen einer qualitativen Auffälligkeit durch die Expertengremien auf Landesebene erfolgen aber nur alle zwei Jahre, sodass sichergestellt wird, dass keine QS-Fälle wiederholt bewertet werden.

Nach Abschluss des Beteiligungsverfahrens am 2. Mai 2021 wurden die eingegangenen Stellungnahmen gewürdigt, das Indikatorenset überarbeitet und ein Abschlussbericht erstellt, über den anschließend der G-BA beraten wird. Empfohlen wird eine anschließende Beauftragung einer Machbarkeitsprüfung. Das Indikatorenset wird schließlich durch die dann abgeschlossene Entwicklung einer Patientenbefragung ergänzt werden.

Vertraulich

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Im Jahr 2018 haben ca. 1,4 Millionen Patientinnen und Patienten eine Psychotherapie in Einzelbehandlung, entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie[1] des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), in Anspruch genommen.[2] Berechnungen, bezogen auf das Jahr 2019, der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) zufolge nahmen in einem Quartal etwa 1,5 Millionen gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten psychotherapeutische Leistungen in Praxen niedergelassener Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Anspruch. Dafür standen für Erwachsene mit psychischen Erkrankungen im Jahr 2019 insgesamt 28.067 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Verfügung. Davon waren 6.219 ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und 21.848 Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (DGPPN 2020).

Dennoch ist dieser große und relevante Versorgungsbereich mit einer hohen Zahl an Leistungserbringern und Behandlungsfällen bisher noch nicht in die gesetzliche externe Qualitätssicherung gemäß § 135a SGB V bzw. § 136 Abs. 1 SGB V einbezogen. Dies wird jedoch nun mit der Novellierung des § 136a Abs. 2a SGB V im Jahr 2019 gesetzlich eingefordert.[3]

Das IQTIG wurde am 17. Mai 2018 vom G-BA mit der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahren) zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter beauftragt, wobei zunächst die Prüfung und Überarbeitung einer vorliegenden Konzeptskizze aus dem Jahr 2015 (Beauftragungsgegenstand Kapitel I 1) (AQUA 2015) erfolgen sollte (G-BA 2018c). Dabei waren insbesondere die Novellierung der Psychotherapie-Richtlinie vom 24. November 2016 (in Kraft seit 16. Februar 2017) zu berücksichtigen sowie die Patientenperspektive einzubeziehen. Zudem sollte entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (IQTIG 2017) ein Qualitätsmodell für ein zukünftiges QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* entwickelt werden. Diese Ergebnisse und Empfehlungen des IQTIG bilden die Grundlage für die Entwicklung des beauftragten QS-Verfahrens.

Der G-BA hatte bereits am 17. Juli 2014 die damalige Institution nach § 137a SGB V, das AQUA-Institut, mit der Erstellung einer Konzeptskizze für ein einrichtungsübergreifendes, sektorspezifisches QS-Verfahren zum Thema ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter beauftragt, die als Entscheidungshilfe für eine mögliche Beauftragung der Entwicklung eines QS-Verfahrens dienen sollte. Im Ergebnis empfahl das AQUA-Institut ein

[1] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesauschusses über die Durchführung der Psychotherapie. In der Fassung vom 19. Februar 2009, zuletzt geändert am 18. Oktober 2018, in Kraft getreten am 21. Dezember 2018. URL: https://www.g-ba.de/richtlinien/historie/1733/ (abgerufen am 08.01.2021).
[2] Eigene Hochrechnungen der Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse.
[3] „Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2022 in einer Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 ein einrichtungsübergreifendes sektorspezifisches Qualitätssicherungsverfahren für die ambulante psychotherapeutische Versorgung. Er hat dabei insbesondere geeignete Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie Mindestvorgaben für eine einheitliche und standardisierte Dokumentation, die insbesondere eine Beurteilung des Therapieverlaufs ermöglicht, festzulegen.“ (§ 136a Abs. 2a SGB V)

vertraulich

diagnose- und verfahrensunabhängiges QS-Verfahren für die Therapie im Einzelsetting, das ausschließlich volljährige Patientinnen und Patienten einschließt. Der inhaltliche Fokus eines möglichen Verfahrens wurde insbesondere bei der Prozessqualität gesehen.

Die AQUA-Konzeptskizze schlug damals als Erhebungsinstrumente sowohl eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation als auch eine Patientenbefragung vor. Darüber hinaus stellte das AQUA-Institut dar, dass Sozialdaten bei den Krankenkassen für ein QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie nur sehr eingeschränkt nutzbar wären. Auch auf die zu erwartenden Herausforderungen infolge der gegebenen niedrigen Fallzahlen je Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut wurde in diesem Zusammenhang hingewiesen (AQUA 2015). Die vom AQUA-Institut entwickelte Konzeptskizze „Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ bildete die Grundlage für die Ausgestaltung der Beauftragung des IQTIG (G-BA 2015).

Zwischenzeitlich erfolgte im Kontext des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) eine umfängliche Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie, die Anfang 2017 in Kraft trat (G-BA 2016). In der Psychotherapie-Richtlinie ist festgelegt, welche psychotherapeutischen Leistungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) erbracht werden können. Hierin ist geregelt, bei welchen Indikationen gesetzlich Krankenversicherte einen Anspruch auf eine psychotherapeutische Behandlung haben und welche psychotherapeutischen Verfahren in diesem Rahmen angewendet werden dürfen. Als Neuerungen von 2017 sind beispielweise die Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde und der Akutbehandlung, die Festlegung fester Zeiten für die telefonische Erreichbarkeit sowie die Rezidivprophylaxe zu nennen. Zudem wurden 2017 Neuerungen hinsichtlich der psychotherapiespezifischen Abrechnungsziffern eingeführt.

Im Ergebnis der Aktualisierung und Überprüfung der AQUA-Konzeptskizze ist festzuhalten, dass, insbesondere durch den Einbezug der Patientenperspektive im Rahmen von Fokusgruppen und der Auswertung von qualitativen Studien, die in der AQUA-Konzeptskizze dargestellten diagnose- und therapieverfahrensunabhängigen Qualitätspotenziale im neuen Qualitätsmodell differenzierter weiterentwickelt werden konnten (IQTIG 2019d). So konnten auch die Qualitätsanforderungen und die vorliegenden Verbesserungsbedarfe konkreter herausgearbeitet werden. Darüber hinaus wurde eine Anpassung der Qualitätsaspekte an die durch die neue Psychotherapie-Richtlinie geschaffenen Versorgungstrukturen vorgenommen. Es wurden 15 patientenrelevante Qualitätsaspekte für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Richtlinien-Psychotherapie identifiziert. Für diese Qualitätsaspekte wurde geprüft, inwieweit ein Verbesserungsbedarf für die Patientinnen und Patienten besteht, ob die Qualitätsaspekte grundsätzlich durch die Qualitätssicherung erfassbar und von den Leistungserbringern beeinflussbar sind.

Von den 15 identifizierten grundsätzlich relevanten Qualitätsaspekten wurden nach dieser Überprüfung 12 für das Qualitätsmodell des QS-Verfahrens selektiert. Diese sind:

- Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und den Behandlungsoptionen
- Diagnostik
- Informationen zu den Rahmenbedingungen

vertraulich

- Information und Aufklärung zur Diagnose
- Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie
- Gemeinsame Behandlungsplanung
- Therapiezielvereinbarung
- Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung
- Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf
- Kooperation
- Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes
- Outcome

Nicht selektiert wurden die Qualitätsaspekte „Therapeutische Beziehung“, „Indikationsstellung“ sowie „Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung“, da zentrale Eignungskriterien entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG nicht erfüllt sind. So besteht beim Aspekt zum Zugang zur Versorgung zwar ein erheblicher Verbesserungsbedarf, dieser ist jedoch nicht durch den einzelnen Leistungserbringer beeinflussbar. Für den Qualitätsaspekt zur Indikationsstellung wiederum konnte kein Verbesserungsbedarf identifiziert werden. Der Qualitätsaspekt zur therapeutischen Beziehung kann im Kontext der gesetzlichen Qualitätssicherung und mit den ihr zur Verfügung stehenden Erhebungsinstrumenten nicht adäquat abgebildet werden.

Es zeigte sich zudem, dass die beauftragten Erfassungsinstrumente für das zu entwickelnde QS-Verfahren – die fallbezogene QS-Dokumentation und eine Patientenbefragung – geeignet erscheinen, die identifizierten Qualitätsaspekte abzubilden.

Der Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell bildet die Grundlage für die Indikatorenentwicklung sowie die Entwicklung einer Patientenbefragung für ein QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* und liegt als veröffentlichter Zwischenbericht vom 28. Februar 2019 vor (IQTIG 2019d).

1.2 Beauftragung und Auftragsverständnis

Das IQTIG ist im Anschluss an die Ableitung des Qualitätsmodells (IQTIG 2019d) mit der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden, sektorspezifischen Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter beauftragt, welches **diagnose- und therapieverfahrensunabhängig** sein soll (G-BA 2018c). Gemäß dem abgestimmten Auftragsverständnis werden diese beauftragungsspezifischen Anforderungen mit Blick auf die Entwicklung von Qualitätsindikatoren folgendermaßen berücksichtigt:

- **Diagnoseunabhängigkeit:** Es werden Qualitätsindikatoren entwickelt, welche unabhängig von der jeweiligen Diagnose der Patientinnen und Patienten gleichermaßen eingesetzt werden können.
- **Therapieverfahrensunabhängigkeit:** Es werden Qualitätsindikatoren entwickelt, welche unabhängig vom jeweils zugrunde liegenden Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie und damit übergreifend für alle Therapieverfahren gleichermaßen eingesetzt werden können.

vertraulich

Entsprechend der Beauftragung ist ein kompaktes, fokussiertes und fallbezogenes Instrumentarium für den Einsatz in der ambulanten psychotherapeutischen Einrichtung und zur Abbildung der Patientenperspektive eine Patientenbefragung zu entwickeln. Das Ergebnis der Entwicklungen soll ein gemeinsames Set von Qualitätsindikatoren (QI) für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* sein, die sich gegenseitig hinsichtlich der Ziele des QS-Verfahrens sowie hinsichtlich der Adressierung des Qualitätsmodells ergänzen (Abbildung 1).

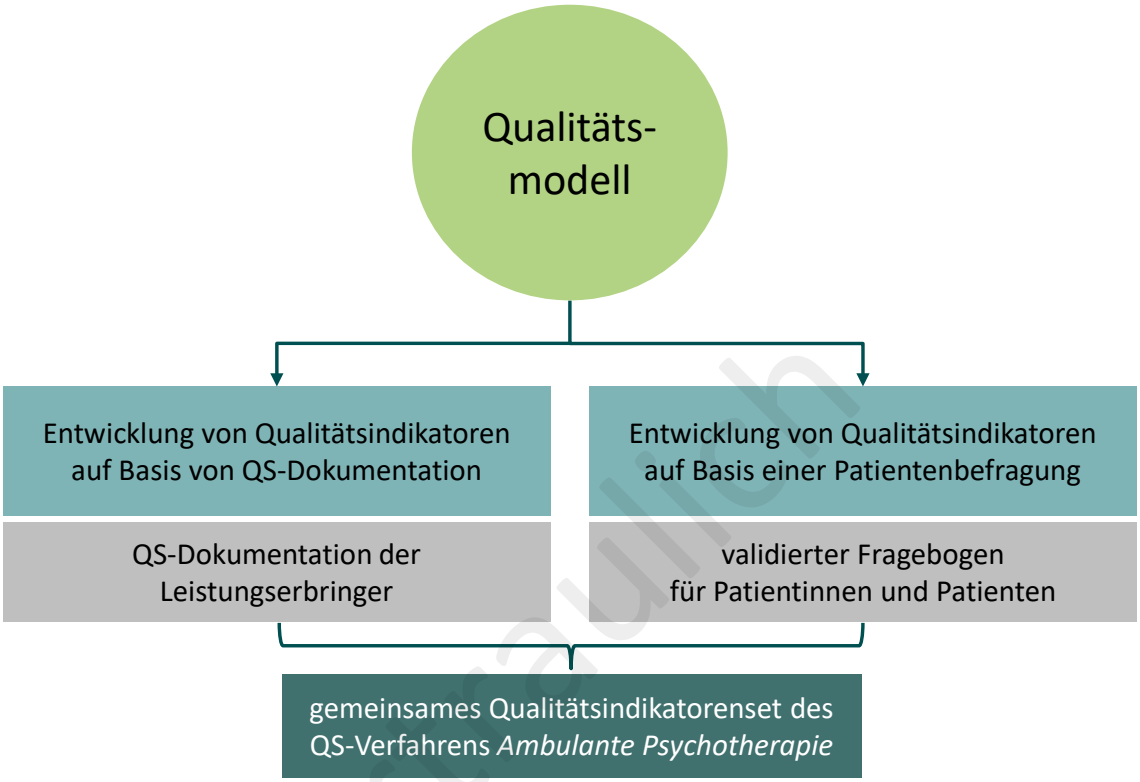


Abbildung 1: Ablauf der Entwicklung eines gemeinsamen Sets an Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens „Ambulante Psychotherapie“

vertraulich

Ziele sind die Messung und vergleichende Darstellung der Qualität der psychotherapeutischen Versorgung, wobei die entwickelten Instrumente und Indikatoren auch auf die Qualitätsförderung ausgerichtet sein sollen. Konkret sind Indikatoren und Instrumente sowie die notwendigen Dokumentationsvorgaben für die Messung der Prozessqualität und – soweit sachgerecht abbildbar – der Ergebnisqualität zu entwickeln. Dabei ist sicherzustellen, dass das QS-Verfahren nicht in den therapeutischen Behandlungsprozess, z. B. durch die Vorgabe bestimmter psychologischer Testverfahren, eingreift.

Da die Indikatoren sektorspezifisch zu entwickeln sind, ist ausschließlich der ambulante Sektor zu berücksichtigen, d. h. vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Praxen sowie Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Zielgruppe eines zukünftigen QS-Verfahrens sollen erwachsene Patientinnen und Patienten sein, die eine psychotherapeutische Kurzzeittherapie (KZT) oder Langzeittherapie (LZT) bei ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Anspruch nehmen. Gemäß § 1 Abs. 4 Psychotherapie-Richtlinie kön-

nen Patientinnen und Patienten bis zu einem Alter von 21 Jahren von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten (KJP) weiter behandelt werden, wenn zuvor eine mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie begonnene psychotherapeutische Behandlung erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann. Aufgrund dieser besonderen Konstellation und vor dem Hintergrund der speziellen Ausrichtung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie werden diese Fälle in die Entwicklung des QS-Verfahrens nicht einbezogen. Daher wurde bereits das Qualitätsmodell, das den Rahmen für die Entwicklung des QS-Verfahrens bildet, explizit auf die Erwachsenentherapie ausgerichtet. Der Fokus liegt auch in der Indikatorenentwicklung folglich ausschließlich auf der Erwachsenentherapie.

Die zu berücksichtigenden Therapieverfahren sind, unter Verweis auf die zum Zeitpunkt der Beauftragung gültige Version der Psychotherapie-Richtlinie vom 18. Oktober 2018, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die analytische Psychotherapie und die Verhaltenstherapie. Dabei sind auch andere Behandlungs- und Anwendungsformen, wie die psychotherapeutische Sprechstunde, die psychotherapeutische Akutbehandlung, die probatorischen Sitzungen und die Rezidivprophylaxe, einzubeziehen. Da nach der Beauftragung, aber noch während der Entwicklungszeit die Systemische Therapie als GKV-Leistung in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen wurde (G-BA 2019), wurde – soweit zu diesem Zeitpunkt noch möglich – die Übertragbarkeit der Entwicklungsergebnisse auf die Systemische Therapie ebenfalls überprüft.

Um ein kompaktes, fokussiertes und fallbezogenes Instrumentarium für den Einsatz in der ambulanten psychotherapeutischen Einrichtung zu entwickeln, wird entsprechend der G-BA-Beauftragung das Erfassungsinstrument der fallbezogenen QS-Dokumentation für die Entwicklung priorisiert. Hinsichtlich der Ergebnisqualität ist insbesondere zu prüfen, inwieweit diese in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung mittels dokumentations- bzw. sozialdatenbasierter Indikatoren überhaupt messbar ist, eingedenk der Tatsache, dass in der Beauftragung die Vorgabe von konkreten standardisierten Instrumenten ausgeschlossen ist. Zudem ist die Nutzbarkeit für einen Leistungserbringervergleich im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung bei ggf. darstellbarer Ergebnisqualität zu prüfen. Ebenfalls zu prüfen wäre, inwieweit das Therapieergebnis den adressierten Leistungserbringern zugeschrieben werden kann und welche potenziellen Möglichkeiten der Risikoadjustierung für die ggf. abbildbare Ergebnisqualität vorhanden wären. Die aktuelle Beauftragung sieht keine Entwicklung von Indikatoren zur Struktur- oder Systemqualität vor.

Des Weiteren ist aufgrund der kleinen Fallzahlen der psychotherapeutischen Leistungserbringer der Nutzen eines längeren, z. B. zweijährigen, Beobachtungszeitraums zu überprüfen. Im Rahmen der Entwicklung ist darüber hinaus zu klären, wie die Umsetzung des QS-Verfahrens konkret erfolgen kann (z. B. Auslösezeitpunkte, Definition von Beginn und Ende der Intervention, strukturelle Voraussetzungen für die Umsetzung).

vertraulich

2 Versorgungspraxis

In diesem Kapitel werden überblicksartig der versorgungspolitische Rahmen und die Versorgungspraxis der Richtlinien-Psychotherapie beschrieben. Zum einen wird der normative Rahmen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA dargestellt (Abschnitt 2.1), zum anderen wird auf dieser Basis ein Versorgungspfad skizziert (Abschnitt 2.2). Die Inhalte wurden teilweise bereits im Bericht zur Entwicklung des Qualitätsmodells (IQTIG 2019d) sowie im Zwischenbericht zur Entwicklung einer Patientenbefragung (IQTIG 2020) dargestellt und für diesen Bericht aktualisiert. Anschließend werden zentrale Aspekte der aktuellen psychotherapeutischen Versorgungspraxis in Deutschland berichtet (Abschnitt 2.3).

2.1 Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die vom G-BA gemäß § 92 Abs. 6a SGB V beschlossene Psychotherapie-Richtlinie dient „der Sicherung einer den gesetzlichen Erfordernissen entsprechenden ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Psychotherapie der Versicherten und ihrer Angehörigen in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen“ (Psychotherapie-Richtlinie, S. 4). Die Psychotherapie-Richtlinie regelt folglich zentrale Bestimmungen zur Versorgung von gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie und schafft somit auch den Rahmen für das zu entwickelnde QS-Verfahren. Die in diesem Bericht dargestellten Entwicklungen basieren auf der überarbeiteten Fassung der Psychotherapie-Richtlinie vom 18. Oktober 2018. Aus diesem Grund sollen im Folgenden aus dieser Fassung zentrale Inhalte, die für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* von besonderer Relevanz sind, kurz zusammengefasst werden.

2.1.1 Indikationen

In der Psychotherapie-Richtlinie ist geregelt, für welche Störungsbilder eine ambulante Psychotherapie indiziert ist und vertragspsychotherapeutisch bzw. vertragsärztlich erbracht werden darf:

1. Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie;

2. Angststörungen und Zwangsstörungen;

3. Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen);

4. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen;

5. Essstörungen;

6. Nichtorganische Schlafstörungen;

7. Sexuelle Funktionsstörungen;

vertraulich

8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen;

9. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (§ 26 Abs. 1 Psychotherapie-Richtlinie).

Des Weiteren kann laut Psychotherapie-Richtlinie ambulante Psychotherapie neben oder nach einer somatisch-ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen angewandt werden, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet. Indikationen hierfür können nur sein:

1a. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Drogen und Medikamente), im Falle der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen beschränkt auf den Zustand der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz. […].

1b. Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide und gleichzeitige stabile substitutionsgestützte Behandlung gemäß Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung". […].

2. Seelische Krankheit aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Fehlbildungen stehen.

3. Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe.

4. Schizophrene und affektive psychotische Störungen (§ 26 Abs. 2 Psychotherapie-Richtlinie).

Damit diese Indikationen im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* berücksichtigt werden können, müssen sie in die Klassifikation der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM)[4] übersetzt werden. Die eingeschlossenen Diagnosegruppen nach ICD-10-GM sind in Abschnitt 4.2 dargestellt.

2.1.2 Behandlungsformen

In den §§ 11 bis 14 der Psychotherapie-Richtlinie sind Regelungen zu den Behandlungsformen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der probatorischen Sitzungen, der psychotherapeutischen Akutbehandlung und der Rezidivprophylaxe dargestellt, welche im Folgenden kurz erläutert werden.

[4] ICD-10-GM. Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) ist die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. URL: https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/ (abgerufen am 12.01.2021).

vertraulich

Psychotherapeutische Sprechstunde (§ 11 Psychotherapie-Richtlinie)

Die psychotherapeutische Sprechstunde ist eine Pflichtleistung und in Abhängigkeit vom Umfang des Versorgungsauftrags anzubieten (100 Minuten/Woche bei vollem Versorgungsauftrag bzw. 50 Minuten/Woche bei halbem Versorgungsauftrag). Um weitere psychotherapeutische Leistungen zu erhalten, müssen Patientinnen und Patienten zuvor mindestens 50 Minuten in einer psychotherapeutischen Sprechstunde gewesen sein. Ausnahme hiervon sind Patientinnen und Patienten, bei denen bereits innerhalb eines stationären Aufenthalts oder im Rahmen einer Rehabilitationsbehandlung die Indikation zur psychotherapeutischen Weiterbehandlung gestellt wurde. Die psychotherapeutische Sprechstunde kann von einem anderen Leistungserbringer erbracht worden sein als von dem, der die weiteren psychotherapeutischen Leistungen erbringt (Beispiel: Eine Patientin / ein Patient geht zu Psychotherapeutin/Psychotherapeut A. Diese/dieser stellt innerhalb der psychotherapeutischen Sprechstunde die Indikation zur ambulanten Psychotherapie, hat aber derzeit keine freien Therapieplätze, sodass die Patientin / der Patient sich dann zu den probatorischen Sitzungen bei Psychotherapeutin/Psychotherapeut B vorstellt und dort die Therapie beginnt).

Probatorische Sitzungen (§ 12 Psychotherapie-Richtlinie)

Vor einer Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie müssen mindestens zwei und können bis zu vier probatorische Sitzungen von je 50 Minuten Dauer stattfinden. Im Gegensatz zur psychotherapeutischen Sprechstunde können die probatorischen Sitzungen nicht von einem anderen Leistungserbringer erbracht worden sein als von dem, der die weiteren psychotherapeutischen Leistungen erbringt.

Psychotherapeutische Akutbehandlung (§ 13 Psychotherapie-Richtlinie)

Die psychotherapeutische Akutbehandlung soll Patientinnen oder Patienten mit akuter Symptomatik mithilfe ambulanter psychotherapeutischer Mittel entlasten. Das Ziel ist eine kurzfristige Verbesserung der Symptomatik. Die psychotherapeutische Akutbehandlung dient der Besserung akuter Krisen- und Ausnahmezustände. Patientinnen und Patienten, für die eine psychotherapeutische Akutbehandlung nicht ausreicht, sollen so stabilisiert werden, dass sie auf eine Behandlung im Sinne des § 15 Psychotherapie-Richtlinie oder auf andere ambulante, teilstationäre oder stationäre Maßnahmen vorbereitet werden. Die psychotherapeutische Akutbehandlung ist gemäß § 32 Psychotherapie-Richtlinie anzeige-, aber nicht antragspflichtig.

Rezidivprophylaxe (§ 14 Psychotherapie-Richtlinie)

Ziel der Rezidivprophylaxe ist die Vermeidung von Rückfällen. Die Rezidivprophylaxe ist integraler Bestandteil der Abschlussphase einer jeden Therapie. Konkrete Regelungen sieht die Psychotherapie-Richtlinie ausschließlich im Kontext der LZT vor. So können Stunden aus dem Kontingent einer Richtlinien-Psychotherapie, welche 40 oder mehr Stunden umfasst, in einem Zeitraum von bis zu zwei Jahren nach Abschluss einer LZT für eine Rezidivprophylaxe genutzt werden. Für Richtlinien-Psychotherapien, die ein Kontingent von weniger als 40 Stunden umfassen, ist eine solche Nutzung des Stundenkontingents nach Abschluss der Psychotherapie nicht möglich.

vertraulich

Bereits im Antrag für eine LZT muss angegeben werden, wie viele Stunden für die Rezidivprophylaxe eingesetzt werden sollen, oder, ob dies zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht absehbar ist. Vom Umfang der Richtlinien-Psychotherapie hängt die mögliche Anzahl zu bewilligender Stunden für die Rezidivprophylaxe ab: bei LZT mit 40 bis 59 Stunden sind es bis zu 8 Stunden, bei LZT von 60 oder mehr Stunden sind es bis zu 16 Stunden. Damit eine Rezidivprophylaxe durchgeführt werden kann, ist zuvor die Beendigung der Richtlinientherapie unter Verwendung des entsprechenden Formblatts (PTV 12) bei der Krankenkasse anzuzeigen.

Psychotherapieverfahren (§§ 15 bis 17 Psychotherapie-Richtlinie)

Gemäß den §§ 15 bis 17 der Psychotherapie-Richtlinie sind die zugelassenen Therapieverfahren für eine Richtlinien-Psychotherapie die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die analytische Psychotherapie und die Verhaltenstherapie. Mit dem Beschluss des G-BA vom 22. November 2019 ist die Systemische Therapie bei Erwachsenen als weiteres anerkanntes Verfahren in die Psychotherapie-Richtlinie zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen worden. Der Beschluss ist nach der Beauftragung zur Entwicklung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* am 24. Januar 2020, jedoch innerhalb des Zeitraums der Indikatorenentwicklung, in Kraft getreten.

Kurzzeit- und Langzeittherapie, Leistungsumfang

In § 28 der Psychotherapie-Richtlinie ist festgelegt, dass die Richtlinien-Psychotherapieverfahren als Kurzzeittherapie (Kurzzeittherapie 1 (KZT 1) und Kurzzeittherapie 2 (KZT 2)) und als LZT durchgeführt werden können. Im Rahmen der KZT 1 können bis zu 12 Stunden als Einzeltherapie abgerechnet werden. Die KZT 1 ist gemäß § 33 Psychotherapie-Richtlinie antragspflichtig. Erbrachte Stunden im Rahmen der psychotherapeutischen Akutbehandlung werden nach § 13 Psychotherapie-Richtlinie mit dem Stundenkontingent der KZT 1 verrechnet. Im Rahmen der KZT 2 können bis zu 12 Stunden als Einzeltherapie der Therapieverfahren nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie) durchgeführt werden. Die KZT 2 ist gemäß § 33 Psychotherapie-Richtlinie antragspflichtig.

LZT mit einer Stundenzahl, die in Bezug auf das Krankheitsbild und das geplante Richtlinien-Psychotherapieverfahren in der Antragsbegründung entsprechend § 29 Psychotherapie-Richtlinie festzulegen ist, ist antragspflichtig mit Begutachtung. Die LZT umfasst gemäß § 30 Psychotherapie-Richtlinie für Erwachsene in Einzeltherapie 160 Stunden in der analytischen Psychotherapie (Höchstgrenze 300 Stunden) und je 60 Stunden in einer Verhaltenstherapie (Höchstgrenze 80 Stunden) oder einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (Höchstgrenze 100 Stunden).

Seit Juli 2020 wird das Ende einer Richtlinien-Psychotherapie mittels dafür eingeführter Pseudo-Gebührenordnungspositionen angezeigt.

vertraulich

2.1.3 Weitere zentrale Elemente der Psychotherapie-Richtlinie

Antrags- und Gutachterverfahren

Eine Psychotherapie nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie ist antragspflichtig bei der gesetzlichen Krankenversicherung. In der Psychotherapie-Richtlinie ist das Antragsverfahren wie folgt geregelt:

> *Zu diesem Antrag teilen die Therapeutinnen und Therapeuten vor der Behandlung der Krankenkasse die Diagnose mit, begründen die Indikation und beschreiben Art und Umfang der geplanten Therapie. Wird ein gutachterpflichtiger Antrag auf Langzeittherapie gestellt oder soll eine Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie umgewandelt werden, so soll dieser Antrag neben den Angaben zu Diagnose, Indikation sowie Art, Umfang, Frequenz und Prognose der geplanten Therapie auch einen fallbezogenen Behandlungsplan enthalten (Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter).* (§ 33 Psychotherapie-Richtlinie)

In den §§ 34 und 35 Psychotherapie-Richtlinie finden sich die entsprechenden Regelungen und Festlegungen zum Gutachterverfahren sowie zur erforderlichen Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter.

> *Bei Psychotherapie gemäß § 15 sind Anträge auf Langzeittherapie im Bericht an den Gutachter zu begründen; […].* (§ 34 Psychotherapie-Richtlinie)

Ebendies gilt bei Umwandlungsanträgen von einer KZT in eine LZT. Dieser Umwandlungsantrag muss bis zur 8. Sitzung der KZT 2 beantragt werden und ist gutachterpflichtig. Im Vergleich zur Vorversion der am 16. Februar 2017 in Kraft getretenen Psychotherapie-Richtlinie ist das Antragsverfahren für Richtlinien-Psychotherapie erleichtert worden. Waren zuvor viele Richtlinien-Psychotherapien nicht nur antrags-, sondern auch gutachterpflichtig, so hat sich dies dahingehend vereinfacht, dass zwar alle Richtlinien-Psychotherapien nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie gegenüber der Krankenkasse antragspflichtig sind, aber nur noch die LZT sowie die Umwandlung einer vormaligen KZT in eine LZT gutachterpflichtig sind. Es ist hierbei wichtig, darauf hinzuweisen, dass mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019 Regelungen bezüglich des Antrags- und Gutachterverfahrens geändert wurden. Ergänzend heißt es:

> *Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren aufzuheben, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a eingeführt hat.* (Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung § 92, Abs. 6a SGB V)

Konsiliarverfahren

In der Psychotherapie-Richtlinie ist festgeschrieben, dass Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vor Beginn einer Richtlinien-Psychotherapie gemäß § 15 Psychotherapie-Richtlinie die Patientin oder den Patienten an eine Konsiliarärztin oder einen Konsiliararzt

vertraulich

zwecks Einholung eines somatischen Konsiliarberichts überweisen müssen (§ 31 Psychotherapie-Richtlinie). Das Konsiliarverfahren ist zudem in der Psychotherapie-Vereinbarung sowie vorrangig dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) geregelt. Des Weiteren finden sich hier genaue Angaben, welche Inhalte der Konsiliarbericht enthalten soll und welche Ärztinnen und Ärzte zur Erstellung eines solchen berechtigt sind. Die Einholung eines Konsiliarberichts vor Beginn einer Akutbehandlung ist in der Psychotherapie-Richtlinie nicht geregelt.

Anzeigeverfahren

§ 32 der Psychotherapie-Richtlinie legt fest, dass eine Leistung nach § 13 Psychotherapie-Richtlinie (also eine psychotherapeutische Akutbehandlung) gegenüber der Krankenkasse anzeigepflichtig ist. Näheres zum Anzeigeverfahren ist in § 15 Psychotherapie-Vereinbarung (KBV/GKV-Spitzenverband 2017) wie folgt geregelt:

> *Die Therapeutin oder der Therapeut zeigt der Krankenkasse eine Akutbehandlung spätestens mit ihrem Beginn auf dem Formular PTV 12 an. In dem Formular PTV 12 werden Versichertennummer, Datum des Behandlungsbeginns und Diagnose (endständig) angegeben. Zudem wird angegeben, dass vor Beginn der Akutbehandlung mindestens 50 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde innerhalb der letzten vier Quartale durchgeführt wurden oder Ausnahmetatbestände nach § 11 Abs. 7 der Psychotherapie-Richtlinie vorliegen.* (KBV/GKV-Spitzenverband 2017: 20)

2.1.4 Neuerungen der Psychotherapie-Richtlinie

Die wesentlichen Inhalte der 2017 in Kraft getretenen Psychotherapie-Richtlinie wurden im Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell näher beschrieben (IQTIG 2019d). Seit der Abgabe dieses Berichts beim G-BA am 28. Februar 2019 wurden weitere Änderungen der in der Psychotherapie-Richtlinie geregelten Inhalte beschlossen, welche im Folgenden kurz dargestellt werden. Insgesamt handelt es sich um vier Beschlüsse des G-BA, die die Psychotherapie-Richtlinie betreffen, und einen Beschluss, der zwar die Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL)[5] betrifft, aber auch Auswirkungen auf die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hat.

Eine Neuerung zur Psychotherapie-Richtlinie zielt auf zusätzliche Regelungen für Menschen mit einer geistigen Behinderung. Sie wurde am 18. Oktober 2018 vom G-BA beschlossen (G-BA 2018b). Hierdurch ist es für Personen mit einer Intelligenzminderung möglich, bis zu zehn psychotherapeutische Sprechstundeneinheiten zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen. Zudem stehen weitere Therapieeinheiten im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik und der Rezidivprophylaxe zur Verfügung, bei denen Bezugspersonen der Betroffenen mit einbezogen werden können (G-BA 2018b).

[5] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. In der Fassung vom 19. Mai 2011, zuletzt geändert am 15. Oktober 2020, in Kraft getreten am 1. Januar 2020 und 1. Januar 2021. URL: https://www.g-ba.de/richtlinien/12/ (abgerufen am: 15.03.2021).

vertraulich

In seinem Beschluss vom 22. November 2018 hat der G-BA den Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren anerkannt (G-BA 2018a), wodurch sie durch G-BA-Beschluss vom 22. November 2019 als viertes Richtlinien-Verfahren neben der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der analytischen Psychotherapie und der Verhaltenstherapie zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden kann (G-BA 2018a).

Eine weitere Neuerung ist die Einstellung der Bewertung der anerkannten Psychotherapieverfahren, welche am 19. Dezember 2019 vom G-BA beschlossen wurde. Konkret wurden im Bereich der Erwachsenentherapie die Beratungen zur Bewertung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der analytischen Psychotherapie und der Verhaltenstherapie eingestellt (IQTIG 2019a).

Nachdem Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bereits seit dem Jahr 2018 auch Soziotherapie verordnen können[6], kommt es nun zu einer weiteren Verordnungsmöglichkeit von Heilmitteln. Am 15. Oktober 2020 und am 3. Dezember 2020 wurde der Beschluss des G-BA über die Änderung der HeilM-RL zur Möglichkeit der Verordnung von Ergotherapie durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gefasst, welcher am 1. Januar 2021 in Kraft getreten ist (G-BA 2020a). Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können demzufolge bei einer Erkrankung aus dem Indikationsspektrum der Richtlinien-Psychotherapie oder bei Erkrankungen, bei denen eine neuropsychologische Therapie angewendet werden kann, Ergotherapie verordnen (KBV 2020b). Die Neuerungen zu den Verordnungsbefugnissen sind in der Psychotherapie-Vereinbarung (PTV) als Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag geregelt.

Der jüngste Beschluss des G-BA bezüglich der Psychotherapie-Richtlinie beinhaltet die Förderung der Gruppentherapie, die Vereinfachung des Gutachterverfahrens und die Erweiterung der Angebote für Gruppensitzungen. Die Änderungen wurden am 20. November 2020 beschlossen und sind am 18. Februar 2021 in Kraft getreten (G-BA 2020b). Das neue Versorgungsangebot der gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung ist für Patientinnen und Patienten gedacht, „[…] bei denen in der psychotherapeutischen Sprechstunde eine Indikation zur Anwendung von Psychotherapie nach § 27 festgestellt wurde“ (G-BA 2020b). Diese neue Versorgungsart kann bis zu viermal je Krankheitsfall mit jeweils 100 Minuten erbracht beziehungsweise in Anspruch genommen werden und bedarf keines Anzeige- oder Antragsverfahrens gegenüber der Krankenkasse. Zudem ist es möglich, dass die Gruppentherapie ab 6 bis maximal 14 Patientinnen und Patienten von zwei therapeutischen Fachkräften gemeinsam angeboten werden kann, auch praxisübergreifend. Zusätzlich wird das Gutachterverfahren dahingehend weiter vereinfacht, dass Anträge auf eine LZT mit einer Kombination aus überwiegend Gruppentherapie mit Einzeltherapie nicht mehr von einer Gutachterin oder einem Gutachter beurteilt werden

[6] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL). In der Fassung vom 22. Januar 2015, zuletzt geändert am 17. September 2020, in Kraft getreten am 01. Oktober 2020. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2264/ST-RL_2020-09-17_iK-2020-10-01.pdf (abgerufen am 09.12.2020).

vertraulich

müssen. Außerdem hat der G-BA in der Psychotherapie-Richtlinie ergänzt, dass digitale Anwendungen im Sinne des § 33a SGB V im Rahmen der Durchführung von Leistungen dieser Richtlinie unterstützend zur Anwendung kommen können (G-BA 2020c).

2.2 Ablauf der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

Aufgrund der Novellierung der Psychotherapie-Richtlinie vom 16. Februar 2017, welche wesentliche strukturelle Änderungen und Ergänzungen enthielt, kann von einem komplexen Versorgungsablauf gesprochen werden. Abbildung 2 zeigt den Versorgungspfad, welcher bereits im Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell (IQTIG 2019d) dargestellt ist, in schematisierter Form.

vertraulich

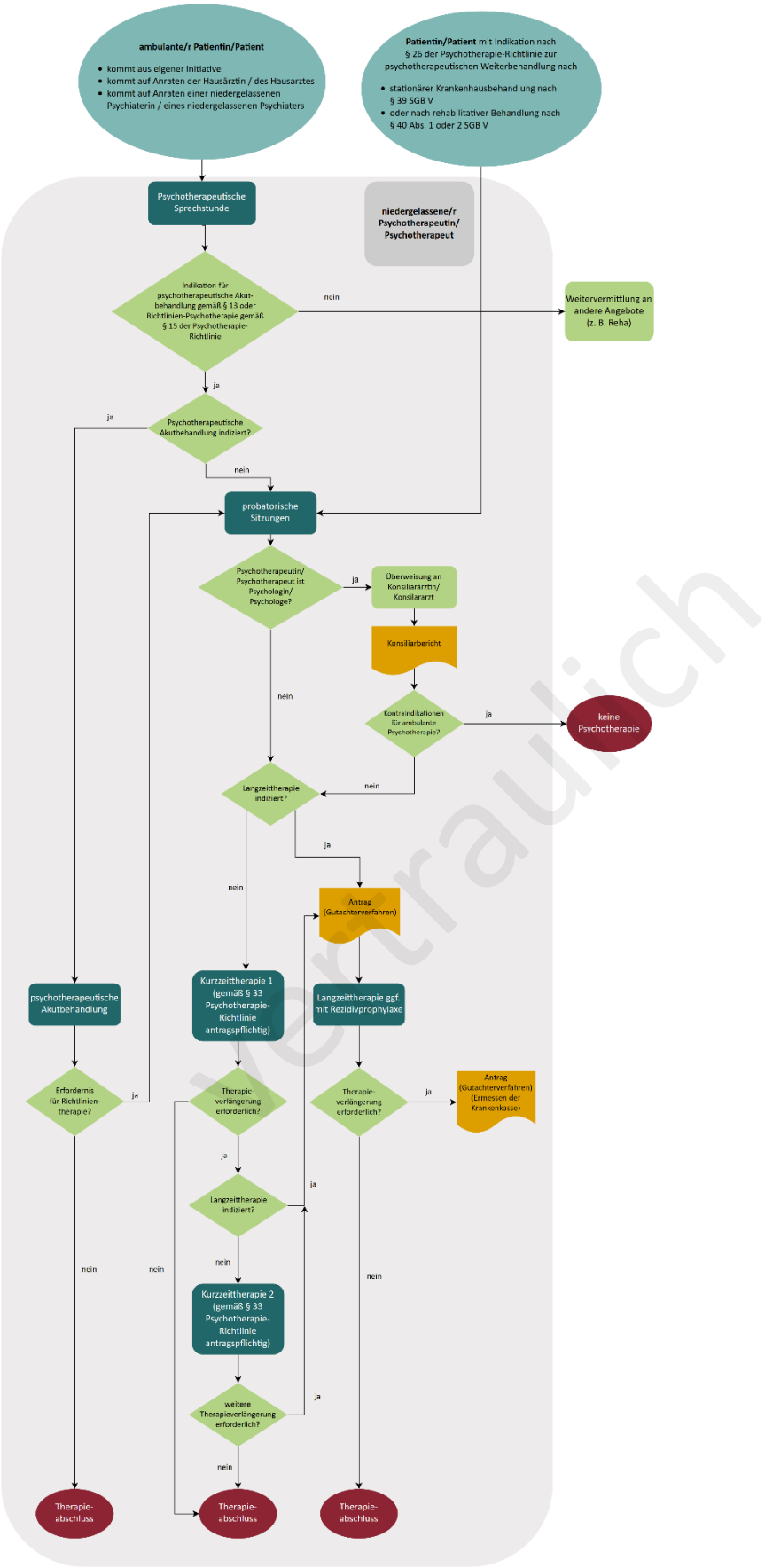


Abbildung 2: Versorgungspfad der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

vertraulich

Es wird im Folgenden beispielhaft der Versorgungsablauf von Patientinnen und Patienten dargestellt, die aus eigener Initiative oder auf Anraten der behandelnden Hausärztin / des behandelnden Hausarztes oder einer niedergelassenen Psychiaterin / eines niedergelassenen Psychiaters eine psychotherapeutische Sprechstunde aufsuchen. Die psychotherapeutische Sprechstunde dient dem zeitnahen, niedrigschwelligen Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. In deren Rahmen wird geprüft, ob die Indikation für eine psychotherapeutische Akutbehandlung oder eine Richtlinien-Psychotherapie besteht. Besteht diese nicht, so werden Patientinnen und Patienten von hier weiter an die entsprechend erforderlichen medizinischen Versorgungsbereiche oder ggf. auch an nicht medizinische Bereiche weitergeleitet. Die psychotherapeutische Akutbehandlung dient der zeitnahen ambulanten Entlastung von Patientinnen und Patienten mit akuter Symptomatik. Ist sie indiziert, kann diese anzeige-, aber nicht antragspflichtige Behandlungsform zeitnah begonnen werden. Ergibt sich im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde die Indikation für eine Richtlinien-Psychotherapie, so sind zunächst zwei bis vier probatorische Sitzungen anzuschließen. Entsprechend § 12 Psychotherapie-Richtlinie dienen diese der weiteren diagnostischen Klärung des Krankheitsbilds, der weiteren Indikationsstellung und der Feststellung der Eignung der Patientin oder des Patienten für ein bestimmtes Therapieverfahren. Patientinnen und Patienten, bei denen bereits im Rahmen einer stationären oder rehabilitativen Behandlung nach § 26 Psychotherapie-Richtlinie die Indikation zur psychotherapeutischen Weiterbehandlung gestellt wurde, müssen sich nicht in einer psychotherapeutischen Sprechstunde vorstellen, sondern treten zum Zeitpunkt der probatorischen Sitzungen in den Versorgungspfad ein.

Wurde die Indikation für eine Richtlinien-Psychotherapie nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie gestellt, so gilt für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, dass sie die Patientinnen und Patienten zunächst an eine Konsiliarärztin oder einen Konsiliararzt zur Überprüfung überweisen, ob eventuell Kontraindikationen vorliegen, wie etwa durch nicht therapierte somatische Erkrankungen hervorgerufene psychische Störungen. Bestehen keine Kontraindikationen, gilt es zu diesem Zeitpunkt für ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu prüfen, ob die Indikation für eine LZT besteht. Besteht diese nicht, kann eine KZT 1 (12 Therapiesitzungen) begonnen werden. Hierfür ist ein Antrag bei der gesetzlichen Krankenversicherung zu stellen. Sollte eine Therapieverlängerung erforderlich sein, ist ein Verlängerungsantrag an die Krankenversicherung bis zur 8. Sitzung der KZT 1 zu stellen. Der Verlängerungsantrag kann ein Antrag auf eine KZT 2 sein (erneut 12 Therapiesitzungen) oder auf eine LZT. Die Indikation einer LZT kann sich bereits initial zum Zeitpunkt der probatorischen Sitzungen, während einer KZT 1 oder im Verlauf einer KZT 2 ergeben. In allen Fällen ist die Indikation zu einer LZT gutachterpflichtig zu beantragen, d. h., die beantragende Psychotherapeutin oder der beantragende Psychotherapeut muss zusammen mit dem Antrag an die gesetzliche Krankenversicherung die Indikation in einem Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter begründen. Bei LZT können die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bereits bei Beantragung festlegen, ob ein Teil des Stundenkontingents für eine Rezidivprophylaxe verwendet werden soll. Der Therapieabschluss kann nach einer KZT 1 oder 2 oder einer LZT erfolgen. Auch direkt nach einer psychotherapeutischen Akutbehandlung kann das Therapieende

vertraulich

erreicht sein. Sollte über das Ende einer LZT hinaus der Bedarf nach weiterer psychotherapeutischer Versorgung bestehen, kann ein Antrag an die zuständige Krankenversicherung gestellt werden. Die Genehmigung liegt in deren Ermessen.

Aufgrund der zuvor dargestellten Richtlinienänderung zum Antrags- und Gutachterverfahren ist davon auszugehen, dass zentrale Elemente des Versorgungspfads angepasst werden müssen.

2.3 Versorgungspraxis zur ambulanten Psychotherapie nach Psychotherapie-Richtlinie

Im Folgenden werden zentrale Aspekte der aktuellen Versorgungspraxis in Deutschland dargestellt, die bereits im Zwischenbericht zur Entwicklung einer Patientenbefragung (IQTIG 2020) aufgeführt sind. Die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und zum Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH)[7] schätzte die 12-Monats-Prävalenzen für psychische Störungen (kodiert nach DSM-IV-TR[8]) in der erwachsenen Bevölkerung auf 27,8 % (Konfidenzintervall: Untergrenze = 26,4 %; Obergrenze = 29,3 %) (Jacobi et al. 2014, Jacobi et al. 2016). Hierbei lagen geschlechtsspezifische Unterschiede vor. So betrug die 12-Monats-Prävalenz bei Frauen 33,3 %, bei Männern 22,0 %. Bei 49,8 % der erwachsenen Menschen mit einer psychischen Erkrankung konnten zudem zwei oder mehrere psychische Komorbiditäten identifiziert werden. Die Autoren nahmen an, dass etwa 17,8 Millionen erwachsene Menschen in Deutschland von einer psychischen Erkrankung betroffen waren. In der Publikation von Mack et al. (2014) konnten keine Hinweise auf Unterschiede bezüglich der Häufigkeiten von psychischen Erkrankungen im ländlichen Raum im Vergleich zum städtischen Raum festgestellt werden (Mack et al. 2014). Auch die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) zeigt dies anhand von eigenen Berechnungen auf Basis von Erhebungen des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) und der Psychologischen Hochschule Berlin aus dem Jahr 2016 auf (BPtK 2018).

2.3.1 Versorgungsdichte durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Die Anzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten je Einwohnerin/Einwohner ist mit erheblichen regionalen Unterschieden über das Bundesgebiet verteilt (Liebner 2019, BPtK 2018, Altmann et al. 2016, Walendzik et al. 2014). So ist die Dichte an Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in deutschen Großstädten, mit Ausnahme des Ruhrgebiets, deutlich höher als in ländlichen Gegenden. Die BPtK berichtet, dass in Großstädten durchschnittlich 55 ärztliche bzw. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf 100.000 Einwohner und in ländlichen Gegenden und dem Ruhrgebiet nur 18 bis 20 ärztliche bzw. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf 100.000 Einwohner kommen (BPtK 2018).[9] Für die Bewohnerinnen und Bewohner Sachsen-Anhalts standen laut Robert Koch-

[7] Der Untersuchungszeitraum für das Zusatzmodul Psychische Gesundheit war von September 2009 bis März 2012.
[8] Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen IV (4. Auflage) – Textrevision.
[9] Die BPtK bezieht sich auf ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, darunter auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten.

vertraulich

Institut im Jahr 2013 sogar nur 8 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohnern zur Verfügung (RKI 2015).[10]

Auf Basis von bereitgestellten Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) (Abschnitt 4.7) wird ersichtlich, dass im Jahr 2018 insgesamt 21.158 Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und 6.803 ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für Erwachsene an der Richtlinien-Psychotherapie-Versorgung teilnahmen, d. h. mindestens einmal eine Gebührenordnungsposition (GOP) für eine Richtlinien-Psychotherapie abrechneten. Dabei hatten 11.604 ärztliche bzw. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einen vollen und 14.943 ärztliche bzw. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einen hälftigen Versorgungsauftrag. Der BPtK zufolge, leistet eine Praxis von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit vollem Versorgungsauftrag durchschnittlich zwischen 20 und 30 Behandlungsstunden je Woche, wofür insgesamt etwa 45 Arbeitsstunden notwendig sind (BPtK 2018).[11] Bei einem hälftigen Versorgungsauftrag werden gemäß der BPtK von den Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch bis zu 20 Behandlungsstunden erbracht. Dies bedeutet, dass zwei Praxen mit hälftigen Versorgungsauftrag mehr Behandlungsstunden erbringen als eine Praxis, die einen vollen Versorgungsauftrag erfüllt.

2.3.2 Zugang zur ambulanten Psychotherapie

Der Zugang zu einer ambulanten Psychotherapie bzw. einem psychotherapeutischen Erstgespräch war im Jahr 2011 mit einer durchschnittlichen Wartezeit von 12,5 Wochen verbunden (BPtK 2018). Durch die Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde im Zuge der am 16. Februar 2017 in Kraft getretenen überarbeiteten Fassung der Psychotherapie-Richtlinie sollte ein niedrigschwelliger Zugang zu einer niedergelassenen Psychotherapeutin bzw. einem niedergelassenen Psychotherapeuten ermöglicht werden. Die Wartezeit auf ein erstes Gespräch konnte im Jahr 2017 für erwachsene Patientinnen und Patienten im Durchschnitt auf 6 Wochen gesenkt werden. Die Wartezeit auf eine psychotherapeutische Akutbehandlung wird für dasselbe Jahr mit durchschnittlich 3,1 Wochen angegeben (BPtK 2018). Insgesamt vergingen bis zum Beginn der eigentlichen Richtlinien-Psychotherapie im Durchschnitt 19,9 Wochen (BPtK 2018).

Zur Unterstützung bei der Terminfindung können die Terminservicestellen der KBV genutzt werden[12], so z. B. seit dem 1. April 2018 auch zur Vermittlung eines Termins für eine psychotherapeutische Sprechstunde und seit dem 1. Oktober 2018 zur Vermittlung probatorischer Sitzungen. Die Terminservicestellen haben hierbei für die Terminfindung eine Woche Zeit, wobei der Termin innerhalb eines Zeitfensters von bis zu 4 Wochen nach Vermittlung erfolgen muss. Für

[10] Das Robert Koch-Institut bezieht sich auf ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, darunter auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten.
[11] Die BPtK bezieht sich auf ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, darunter auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten.
[12] Gemäß §2a, Abs. 1 der Vereinbarung über die Einrichtung von Terminservicestellen und die Vermittlung von Facharztterminen beziehen sich die nachfolgenden Angaben zu den Terminvermittlungen auf ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, darunter auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten.

Vertraulich

eine psychotherapeutische Akutbehandlung ist der Termin innerhalb von 2 Wochen zu vermitteln. Hierbei können aber Termine nicht bei einem bestimmten, von der Patientin / dem Patienten gewünschten Leistungserbringer gewährleistet werden, sondern nur ein psychotherapeutisches Angebot in der Region. Ist eine Terminvermittlung zu einer ambulanten Psychotherapeutin bzw. einem ambulanten Psychotherapeuten innerhalb der vorgegebenen Frist nicht erfolgreich, so vermitteln die Terminservicestellen einen Termin zur ambulanten Behandlung in einem Krankenhaus. Der Evaluationsbericht der Terminservicestellen zeigt auf, dass Termine bei ambulanten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten am häufigsten nachgefragt wurden. Während im Jahr 2018 bei den Terminservicestellen 99.582 berechtigte Vermittlungswünsche für einen Termin für eine psychotherapeutische Sprechstunde eingingen, waren es 2019 bereits 137.268 berechtige Vermittlungswünsche und damit eine Steigerung von 37,8% (KBV 2019a). Im Rahmen einer Studie der BPtK wurde festgestellt, dass die Terminservicestellen im Jahr 2017 durchschnittlich 2,9 Wochen zur Vermittlung eines Termins für eine psychotherapeutische Sprechstunde benötigten (BPtK 2018). Die Studie macht zudem deutlich, dass 9,3 % der Patientinnen und Patienten, die einen Termin in einer psychotherapeutischen Sprechstunde erhalten, letztlich nicht an einer psychischen Erkrankung litten. 17,9 % der Patientinnen und Patienten bekamen der Studie zufolge psychosoziale Angebote (z. B. Hilfen in Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen oder Präventionsangebote), also keine weiterführende ambulante Psychotherapie (BPtK 2018).

Bezüglich der Terminfindung für eine psychotherapeutische Akutbehandlung sind 2018 insgesamt 4.651 Vermittlungswünsche eingegangen. Seit dem 1. Oktober 2018 müssen die Terminservicestellen auch Termine für probatorische Sitzungen vermitteln. Die Daten der KBV machen deutlich, dass im 4. Quartal des Jahres 2018 insgesamt 1.037 berechtigte Vermittlungswünsche für eine probatorische Sitzung eingegangen sind. Im Jahr 2019 gingen insgesamt 9.361 berechtigte Vermittlungswünschen für eine psychotherapeutische Probatorik ein (KBV 2019a).

In Studien wird auch darauf hingewiesen, dass die Inanspruchnahme der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung unterschiedlich stark ausgeprägt ist. (Strauß 2015, Epping et al. 2017b, Hölzel et al. 2017). Hierbei weisen mehrere Studien darauf hin, dass Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status trotz eines höheren psychotherapeutischen Bedarfs (Jacobi et al. 2014, Jacobi et al. 2016) seltener psychotherapeutisch behandelt werden (Epping et al. 2017b, Henkel et al. 2019). Auch werden ältere Menschen seltener psychotherapeutisch behandelt, als es die 12-Monats-Prävalenzen als notwendig aufzeigen. Hölzel et al. (2017) erläutern, dass psychische Erkrankungen bei älteren Menschen sowohl seltener richtig erkannt als auch seltener psychotherapeutisch behandelt würden. Diese Unterversorgung hängt der Studie zufolge auch mit negativen Erwartungen dieser Altersgruppe an einen Erfolg einer Psychotherapie zusammen, welche durch wissenschaftliche Studien jedoch falsifiziert werden konnten (Hölzel et al. 2017).

2.3.3 Charakteristika der Versorgung von Patientinnen und Patienten

Als häufigste Diagnosen werden für psychotherapeutische Behandlungen in Studien affektive Störungen (F3) oder neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) genannt (Gaebel et al. 2016, Multmeier 2014). Für das Jahr 2011 wurde zudem aufgezeigt, dass die Mehrheit der

vertraulich

Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ostdeutschen Bundesländern Patientinnen und Patienten mit Substanzstörungen als sekundären Therapieanlass behandelten (Behrendt et al. 2014).

Bundesweit werden, für das Jahr 2018, von der KBV (2019b) 3.788 Gutachtenaufträge für eine ausschließliche Gruppentherapie berichtet.[13] Werden ergänzend auch Gutachtenaufträge für Kombinationsbehandlungen mit überwiegender Gruppentherapie berücksichtigt, so erhöht sich die Anzahl auf insgesamt 8.766. Dies entspricht 3,37 % aller Gutachtenaufträge für Psychotherapieverfahren für das Jahr 2019 (KBV 2020a).

In der Studie von Altmann et al. (2014) wurde beobachtet, dass durch Verlängerungen von ambulanten Psychotherapien bei stark belasteten Patientinnen und Patienten eine erhebliche Symptomreduktion erreicht werden konnte, da eine höhere Therapiedosis möglich war. Die Autorinnen und Autoren verweisen darauf, dass die deutliche Symptomreduktion ohne die Therapieverlängerung bei den Patientinnen und Patienten nicht zu erreichen gewesen wäre.

Aufgrund der dargestellten Chancenungleichheiten beim Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung liegt es für manche Patientinnen und Patienten ggf. nahe, sich primär hausärztlich behandeln zu lassen. Wiegand et al. (2016) haben die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer schweren Depression untersucht und festgestellt, dass bei Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern jedoch nicht immer eine leitlinienkonforme Behandlung erfolgte. Sie verweisen darauf, dass bei einer schweren Depression eine Behandlung bei einer Psychiaterin / einem Psychiater oder einer Psychotherapeutin / einem Psychotherapeuten erfolgen sollte. Dies bedeutet im Umkehrschluss jedoch nicht, dass bei Psychiaterinnen/Psychiatern oder Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten stets leitlinienkonform behandelt wird. So wurde in der Studie von Equit et al. (2018) beispielhaft für die Leitlinie zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung untersucht, inwiefern ausgewählte Leitlinienempfehlungen im Versorgungsalltag umgesetzt wurden. Hierbei wurde deutlich, dass das Therapieverfahren mit der höchsten Wirksamkeit, die traumafokussierte Konfrontation (evidenzbasierte Empfehlung), bei 30 % der Patientinnen und Patienten nicht durchgeführt wurde.

vertraulich

2.3.4 Volkswirtschaftliche Konsequenzen von psychischen Erkrankungen

Psychische Erkrankungen haben neben einer hohen persönlichen Relevanz auch volkswirtschaftliche Konsequenzen. So liegen bei einer steigenden Anzahl an Menschen Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) als Folge von psychischen Erkrankungen vor (Epping et al. 2017a, BPtK 2019). Für das Jahr 2017 konnten insgesamt 16,8 % der AU-Tage in Deutschland auf eine psychische Erkrankung zurückgeführt werden (BAuA 2019), was einem Ausfall von durchschnittlichen 34,8 Tagen pro Arbeitnehmerin bzw. Arbeitnehmer entsprach (BPtK 2019). Die BPtK hat auf Basis von Daten der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK), Barmer, Gmünder Ersatzkasse (GEK), Betriebskrankenkasse (BKK), Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) und der Techniker Krankenkasse (TK) eigene Berechnungen für die Jahre 2000 bis 2017 durchgeführt und einen Trend aufgezeigt: Zum einen hat sich der Anteil an AU-Tagen aufgrund psychischer Störungen erhöht und

[13] Die KBV bezieht sich auf ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, darunter auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten.

zum anderen hat sich auch die Dauer der AU-Tage aufgrund psychischer Störungen verlängert (BPtK 2019). Die Ergebnisse der Studie von Epping et al. (2017a) weisen darauf hin, dass sich die Anzahl an AU-Tagen durch eine Verhaltenstherapie oder eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie reduzieren lässt, dies bei Patientinnen und Patienten mit einer analytischen Psychotherapie jedoch nicht nachgewiesen werden konnte. Die Autorinnen und Autoren führen den fehlenden Effekt der analytischen Psychotherapie auf den hohen sozioökonomischen Status der Patientinnen und Patienten zurück, welcher bereits im Vorfeld mit einer nur sehr geringen Anzahl an AU-Tagen aufgrund psychischer Erkrankungen verbunden war. Im Jahr 2019 stieg die Anzahl der AU-Tage aufgrund von psychischen Erkrankungen (ICD-10 F00-F99) weiter auf durchschnittlich 35,4 Tage (Statista 2020).

Von der deutschen Rentenversicherung wurde berichtet, dass im Jahr 2018 29.564 Männer und 42.107 Frauen aufgrund einer psychischen Störung erstmals eine Erwerbsminderungsrente erhielten (DRV 2019). Das entspricht 36,3 % aller Männer und 48,7 % aller Frauen, die wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erstmals eine Erwerbsminderungsrente erhalten haben. Die Diagnose einer psychischen Störung war im Jahr 2018 der häufigste Grund für eine Frühverrentung. Des Weiteren wurden für 91.730 Männer und 108.190 Frauen mit psychischen Störungen Leistungen im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation bewilligt (inkl. Suchterkrankungen und Krankheiten des Nervensystems).

vertraulich

3 Methodisches Vorgehen

Der der Indikatorenentwicklung vorangegangenen Entwicklung des Qualitätsmodells dienten neben einer systematischen Leitlinien- und Literaturrecherche eine explorative Sozialdatenanalyse, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Hintergrundgespräche mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (IQTIG 2019d).

Um im zweiten Schritt der Beauftragung, der Entwicklung von Qualitätsindikatoren, Qualitätsmerkmale aus den für das Qualitätsmodell selektierten Qualitätsaspekten abzuleiten und insbesondere aktuelle Informationen hinsichtlich deren Verbesserungsbedarfs für die Patientinnen und Patienten zu erlangen, wurde eine teilweise Aktualisierung der systematischen Literaturrecherche (Abschnitt 3.1) und eine weitere explorative Analyse neuer anonymisierter Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse (Abschnitt 3.4) vorgenommen. Zudem wurden für die Indikatorenentwicklung die Auswertungsergebnisse der Fokusgruppen, die für die Entwicklung des Qualitätsmodells durchgeführt wurden (Abschnitt 3.3), als Informationsquelle herangezogen. Ebenfalls in diesem Kapitel dargestellt, ist der Einbezug des Expertengremiums in die Entwicklung (Abschnitt 3.5), das methodische Vorgehen bei der Indikatorenentwicklung (Abschnitt 3.6) sowie die Durchführung des Beteiligungsverfahrens (Abschnitt 3.7).

3.1 Leitlinien- und Literaturrecherche

3.1.1 Ziele der Recherche

Die Leitlinien- und Literaturrecherche diente im Rahmen der Entwicklung der dokumentations- bzw. sozialdatenbasierten Indikatoren für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* der Identifizierung und Beschreibung von Qualitätsmerkmalen als Grundlage für die Indikatorenentwicklung. Um relevante Abläufe oder Ereignisse der Patientenversorgung zu identifizieren, die für einen Qualitätsaspekt des Qualitätsmodells als Qualitätsmerkmal genutzt werden könnten, wurde auf die Ergebnisse der für die Entwicklung einer Patientenbefragung zur ambulanten Psychotherapie (IQTIG 2020) erfolgten systematischen Recherche nach themenspezifischen Leitlinien zurückgegriffen (siehe Abschnitt 3.2.1). Diese bildeten den Ausgangspunkt für die Ableitung von struktur- und prozessqualitätsbezogenen Qualitätsmerkmalen (IQTIG 2019b). Zudem erfolgte die Ableitung der Qualitätsmerkmale entlang des Versorgungspfads aus der besten verfügbaren Evidenz der eingeschlossenen, aktualisierten Wissensbestände aus dem Zwischenbericht (IQTIG 2019d). Die teilweise aktualisierte sowie aspekt- und ggf. merkmalsbezogen ergänzte Literaturrecherche bildete gemeinsam mit den Erkenntnissen aus den anderen Informationsquellen (Ergebnisse der aktualisierten Sozialdatenanalyse, Fokusgruppen, Einschätzung des Expertengremiums) die Grundlage für die Ableitung der Qualitätsmerkmale (IQTIG 2019b).

Die in strukturierte, recherchierbare Fragestellungen operationalisierten Themen für die teilweise Aktualisierung der systematischen Recherchen gliedern sich in folgende Blöcke der Informationsbeschaffung: Standards (Leitlinien), Versorgungssituation sowie Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen. Ziel der Recherchen war zum einen die

Vertraulich

Identifikation von Anhaltspunkten auf mögliche Unter-, Über- und Fehlversorgung bzw. Qualitätsdefizite/Qualitätspotenziale in der Versorgung von Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie in Deutschland. Zum anderen wurde systematisch zu der Fragestellung recherchiert, welche Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschten Wirkungen von ambulanter Psychotherapie in der Literatur diskutiert werden. Die konkreten Fragestellungen zu den einzelnen Informationsbeschaffungen können dem Rechercherbericht (Anhang A.1) entnommen werden.

Des Weiteren wurde orientierend nach Literatur zur Ergebnisqualität sowie zu Risikoadjustierungsvariablen und Risikofaktoren gesucht:

- **Ergebnisqualität:** Die Informationsbeschaffung zur Ergebnisqualität fand mithilfe einer orientierenden Recherche anhand der sogenannten Snowball-Methode statt. Die zu beantwortenden Fragestellungen lauteten:
  - Welche Aspekte der Ergebnisqualität werden für die Behandlung von Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie beschrieben?
  - Was sind die Behandlungsziele bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, bei der analytischen Psychotherapie und der Verhaltenstherapie?
  - Können Outcomes in der Psychotherapie gemessen werden?
  - Wie können Outcomes in der Psychotherapie gemessen werden?
- **Risikoadjustierungsvariablen und Risikofaktoren:** Die Informationsbeschaffung zu Risikoadjustierungsvariablen und Risikofaktoren fand mithilfe einer orientierenden Recherche anhand der sogenannten Snowball-Methode statt. Die zu beantwortenden Fragestellungen lauteten:
  - Welche relevanten Risikoadjustierungsvariablen, die im Rahmen von Risikoadjustierungsmodellen für das Behandlungsergebnis von ambulanter Psychotherapie verwendet werden können, lassen sich identifizieren?
  - Welche relevanten Risikofaktoren können zum Abbruch einer ambulanten Psychotherapie führen?

3.1.2 Recherchekonzept

Für die Entwicklung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells (IQTIG 2019d) wurde 2018 eine systematische Recherche durchgeführt (IQTIG 2019c). Diese Recherche wurde für die im Anschluss stattfindende dokumentationsbasierte Indikatorenentwicklung im Oktober 2019 aktualisiert, wobei die Rechercheblöcke zur Versorgungssituation und zu den Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschten Wirkungen mittels einer systematischen Recherche aktualisiert. Bezüglich der Ergebnisqualität sowie der Risikofaktoren wurde orientierend recherchiert.

Die gesamte Recherchedokumentation für die Entwicklung dokumentations- bzw. sozialdatenbasierter Indikatoren für ein QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* mit den einzelnen methodischen Schritten und Suchergebnissen der Literaturrecherche ist in Anhang A dargestellt.

vertraulich

Leitlinien

Für die Aktualisierung der Recherche nach **Leitlinien** wurde auf die Ergebnisse der für die Entwicklung einer Patientenbefragung zur ambulanten Psychotherapie erfolgten systematischen Recherche nach themenspezifischen Leitlinien zurückgegriffen (IQTIG 2019d, IQTIG 2020). Entsprechend den Ein- und Ausschlusskriterien der systematischen Recherche für das Qualitätsmodell (IQTIG 2019c) wurden zusätzlich relevante Leitlinien, die erst nach Abschluss der systematischen Recherche publiziert wurden, sowie aktualisierte Versionen bereits recherchierter Leitlinien aufgenommen. Nähere Informationen zum Vorgehen und zu den Ergebnissen der Leitlinienrecherche sind in Anhang A zu finden.

Aktualisierung der systematischen Literaturrecherche

Die **Literaturrecherche** zur Ableitung von Qualitätsmerkmalen erfolgte systematisch in Form einer zeitlichen Aktualisierung der zur Entwicklung des Qualitätsmodells durchgeführten systematischen Recherche. Gesucht wurde nach Publikationen zu den Rechercheblöcken Versorgungssituation sowie Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen. Das Screening der neu recherchierten Publikationen dieser aktualisierten systematischen Recherche gliederte sich in zwei Phasen: Zunächst wurde ein Titel-Abstract-Screening vorgenommen. In einem zweiten Schritt wurden die ausgewählten Publikationen einem Volltext-Screening unterzogen. Sowohl das Titel-Abstract-Screening als auch das Volltext-Screening wurde von jeweils zwei Personen unabhängig voneinander durchgeführt. Überprüft wurde dabei, ob die recherchierten Publikationen den vorab definierten inhaltlichen und methodisch-formalen Ein- und Ausschlusskriterien entsprachen. Divergenzen in der Bewertung der beiden Personen wurden diskutiert. Im Fall einer fehlenden Einigung beim Titel-Abstract-Screening wurden die Publikationen für das Volltext-Screening eingeschlossen, wobei bei uneinheitlichen Bewertungen beim Volltext-Screening eine Einigung durch Diskussion herbeigeführt wurde.

Die Extraktion der eingeschlossenen Publikationen erfolgte mit Blick auf die Zielsetzung und wurde tabellarisch dokumentiert. Die tabellarischen Darstellungen der Charakteristika der Leitlinien, der Studien zur Versorgungssituation und zu den Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschten Wirkungen sowie der extrahierten Leitlinienempfehlungen können Anhang A.2 entnommen werden.

Ergebnisqualität

Zur Ermittlung der Ergebnisqualität wurde eine orientierende Recherche mittels der Snowball- und Similar-Article-Methodik durchgeführt. Auf der Grundlage von Schlüsselpublikationen (Key Paper) erfolgt bei dieser Form der Informationsbeschaffung eine Recherche nach Artikeln, die den Ausgangsartikel zitieren (Forward Citation Searching, über Google Scholar) sowie eine Sichtung der im Artikel selbst zitierten Publikationen (Backward Citation Searching = Sichten der Referenzlisten der Key Paper). Des Weiteren wurden über die Funktion „Similar articles“ in PubMed dem Ausgangsartikel ähnliche Publikationen gesichtet. Die Ergebnisse dieser Snowball-Recherche werden synthetisiert in Abschnitt 5.6.1 beschrieben.

vertraulich

Risikoadjustierungsvariablen und Risikofaktoren

Ebenso wurde mithilfe einer orientierenden Recherche nach **Risikoadjustierungsvariablen und relevanten Risikofaktoren** für das Behandlungsergebnis oder den Abbruch einer ambulanten Psychotherapie gesucht. Die Recherche erfolgte in Zusammenarbeit mit dem Projektteam, dass die entsprechende Patientenbefragung entwickelt, um ein einheitliches Vorgehen innerhalb des Verfahrens zu gewährleisten, wobei die Schwerpunkte teilprojektspezifisch angepasst wurden. Zunächst erfolgte eine orientierende Literaturrecherche für die Patientenbefragung zu der Fragestellung, welche Risikoadjustierungsvariablen im Rahmen von Risikoadjustierungsmodellen zum Vergleich von Leistungserbringern hinsichtlich Patient Reported Outcomes bei einer ambulanten Psychotherapie verwendet werden. Es wurde hierfür eine spezifische Suche in der Datenbank PsycINFO auf Basis von einschlägigen Studien, die zuvor im Rahmen einer Handrecherche identifiziert wurden, durchgeführt. Für die identifizierten Treffer in PsycINFO erfolgte ein Titel-Abstract-Screening. Die nun eingeschlossenen Studien dienten als Ausgangspunkt für eine vertiefende Snowball-Recherche. Im Anschluss erfolgt eine orientierende Recherche für die Qualitätsindikatorenentwicklung, wofür zunächst eine Recherche in PsycARTICLES durchgeführt wurde, mittels derer Key Paper identifiziert wurden. Diese Key Paper wurden als Ausgangspunkt genutzt, um über das Prinzip des Snowballing orientierend nach weiteren Studien zu recherchieren. Nachfolgend wurden ebenfalls die Ergebnisse der vom Fachbereich Befragung erstellten Suchstrategie nach Konzepten zu Risikoadjustierungsmodellen und Risikofaktoren für Patient Reported Outcome Measures der ambulanten Psychotherapie gescreent.

3.2 Ergebnisse der Leitlinien- und Literaturrecherche

Im Folgenden werden die Ergebnisse der für die Indikatorenentwicklung teilweise aktualisierten, systematischen Literaturrecherche zu Leitlinien (Abschnitt 3.2.1) und Studien (Abschnitt 3.2.2) separat dargestellt. Dabei gliedert sich die Darstellung der Inhalte entsprechend den selektierten Qualitätsaspekten des Qualitätsmodells für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie, die dem Erhebungsinstrument dokumentationsbasierter Indikatoren zugeordnet wurden. Die Informationen aus allen Wissensbeständen werden später zusammengeführt und stellen die **Grundlage zur Ableitung der Qualitätsmerkmale** dar (Abschnitt 3.6). In den Abschnitten 5.1.1 bis 5.6.1 werden dann die Qualitätsmerkmale, wie sie vor der Beratung durch das Expertengremium abgeleitet wurden, übergreifend für die Wissensbestände beschrieben.

3.2.1 Ergebnisse der systematischen Leitlinienrecherche

Für die Identifizierung von konkreten Anforderungen an die Versorgung mit ambulanter Psychotherapie wurde die systematische Leitlinienrecherche, die für die Entwicklung einer Patientenbefragung zur ambulanten Psychotherapie (IQTIG 2020) durchgeführt wurde, herangezogen. Konkret wurden zusätzlich Leitlinien, die die Einschlusskriterien erfüllen, jedoch erst nach Abschluss der systematischen Recherche veröffentlicht wurden, sowie aktualisierte Versionen von bereits recherchierten Leitlinien aufgenommen. Von ursprünglich 1.289 nationalen und internationalen Leitlinien wurden nach dem Ausschluss von Dubletten und Leitlinien, die für die Frage-

vertraulich

stellung irrelevant waren, über das Titel-Screening 46 Leitlinien in das Volltext-Screening eingeschlossen. Diese wurden im Anschluss entsprechend vorab definierter Ein- und Ausschlusskriterien bewertet, die neben formalen Kriterien wie z. B. „die Leitlinie ist als Vollpublikation erhältlich oder aktuell (ab 01.01.2014)“ inhaltliche Kriterien beinhalten, z. B. „die Leitlinie spricht Empfehlungen bzgl. ambulanter Psychotherapie aus, welche von den in den deutschen Psychotherapie-Richtlinien legitimierten Berufsgruppen erbracht wird (ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten)“. Die konkreten Ein- bzw. Ausschlusskriterien für die Leitlinien können dem Anhang zum Zwischenbericht (IQTIG 2019c) entnommen werden. Für die Entwicklung der Qualitätsindikatoren wurde 2019 der Bestand der zum Zeitpunkt des Zwischenberichts eingeschlossenen Leitlinien auf die Möglichkeit einer relevanten Erweiterung geprüft. Es konnten gemäß dem vorab definierten Vorgehen 4 weitere einschlägige Leitlinien identifiziert werden, die zum Zeitpunkt der ursprünglichen Recherche noch nicht veröffentlicht waren. Somit wurden 28 diagnosespezifische Leitlinien, die zum Tag der Leitlinienrecherche Gültigkeit besaßen, für die Entwicklung von Qualitätsmerkmalen eingeschlossen. Drei der eingeschlossenen Leitlinien wurden in der Zwischenzeit in einer überarbeiteten Version veröffentlicht und entsprechend zeitlich aktualisiert.

Nachfolgend werden die identifizierten Empfehlungen für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie beschrieben. Als Grundlage wurden 24 zum Zeitpunkt der Recherche gültige Leitlinien sowie 4 Leitlinien, die aufgrund ihrer späteren Veröffentlichung erst im Zuge der Indikatorenentwicklung eingeschlossen wurden, herangezogen. Davon stammen 9 Leitlinien aus Großbritannien (NCCMH 2006 [2014], NCCMH 2010 [2018], NCCMH 2011 [2018]-b, NCCMH 2011 [2018]-a, NCCMH 2012 [2016], NCCMH 2013 [2017], NCCMH 2014 [2018], NICE 2019, SIGN 2012 [2018]). Von der European Psychiatric Association (EPA) als europäischer Dachverband wurde eine Leitlinie erstellt (Jobst et al. 2016), 12 Leitlinien stammen aus Deutschland (Amann et al. 2016, Andreas et al. 2015, Bandelow et al. 2014, Braunwarth et al. 2016, DGBS/DGPPN 2019, DGfS 2018, DGKJP et al. 2017, DGPM/DGKJP 2018, DGPPN et al. 2017, DGPPN 2019, Lincoln et al. 2019, Riemann et al. 2017) und 6 weitere Leitlinien stammen aus den Vereinigten Staaten von Amerika (APA 2010 [2015], APA Work Group on Psychiatric Evaluation 2016, APA 2017, VA/DoD 2016, VA/DoD 2017, Qaseem et al. 2016).

Die eingeschlossenen Leitlinien sind mehrheitlich diagnosespezifisch, adressieren jedoch auch die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie. Mit 6 Leitlinien wird am häufigsten die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Depressionen adressiert (Jobst et al. 2016, NCCMH 2010 [2018], Qaseem et al. 2016, VA/DoD 2016, APA 2010 [2015], DGPPN et al. 2017). Jeweils 3 Leitlinien widmen sich dem Spektrum der Angststörungen (Bandelow et al. 2014, NCCMH 2011 [2018]-a, NCCMH 2013 [2017]) und der posttraumatischen Belastungsstörung (APA 2017, NICE 2019, VA/DoD 2017) und jeweils 2 Leitlinien adressieren die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer bipolaren Störung (DGBS/DGPPN 2019, NCCMH 2014 [2018]) oder einer Schizophrenie, schizoaffektiven Störung oder Psychose (DGPPN 2019, Lincoln et al. 2019). Jeweils eine Leitlinie gibt Empfehlungen zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Essstörung (DGPM/DGKJP 2018), Insomnie (Riemann et al. 2017), einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (DGKJP et al. 2017), einer alkoholbezogenen Störung (Amann et al. 2016), mit einem schädlichen und abhängigen Tabakkonsum (Andreas

vertraulich

et al. 2015), einer Methamphetamin-bezogenen Störung (Braunwarth et al. 2016), einer perinatalen Verstimmung (SIGN (2012 [2018]), mit einer Zwangs- und/oder Körperschemastörung (NCCMH (2006 [2014]), mit selbstschädigendem Verhalten (NCCMH (2012 [2016]), mit häufigen psychischen Erkrankungen wie Depressionen, generalisierter Angststörung oder Panikstörung (NCCMH 2011 [2018]-b) sowie zu Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit (DGfS 2018). Eine der eingeschlossenen Leitlinien adressiert diagnoseübergreifend die psychiatrische Evaluation (APA (2017).

Anhang A.2.4 gibt einen Überblick über die extrahierten Empfehlungen, die aus der Analyse der eingeschlossenen Leitlinien resultiert sind und die zur Konkretisierung der Qualitätsmerkmale herangezogen wurden.

In den nachfolgenden Beschreibungen zu den abgeleiteten Themen aus der Analyse der Leitlinien werden Begrifflichkeiten wie „soll“, „sollte“, „kann“ oder ähnliche Begriffe *nicht* im Sinne einer Graduierung einzelner Leitlinienempfehlungen verwendet und geben daher nicht den Empfehlungsgrad (z. B. „starke Empfehlung“, „moderate Empfehlung“) einzelner Leitlinien wieder.

Diagnostik

Damit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Diagnosen stellen, Therapieziele und das weitere Vorgehen abschätzen und ggf. einen Anfangspunkt für weitere diagnostische Messungen setzen können, soll in der Anfangsphase der psychotherapeutischen Behandlung mit den Patientinnen und Patienten eine angemessene Diagnostik und umfassende Klärung der Problematik erfolgen (Lincoln et al. 2019). In diesem Rahmen sollen behandlungsrelevante Dimensionen wie die Symptomatik (APA 2017, DGBS/DGPPN 2019, DGfS 2018, DGPPN et al. 2017) die ausführliche (biografische) Anamnese (DGfS 2018, DGPPN 2019, Riemann et al. 2017, DGPPN et al. 2017, APA 2017, DGBS/DGPPN 2019), psychische (DGBS/DGPPN 2019, DGfS 2018, DGPM/DGKJP 2018, NICE 2019, DGPPN et al. 2017) und somatische (DGBS/DGPPN 2019, DGPM/DGKJP 2018, DGPPN 2019, NICE 2019, Riemann et al. 2017, DGPPN et al. 2017) Komorbiditäten, die Medikamentenanamnese (DGBS/DGPPN 2019, DGPPN 2019, Riemann et al. 2017, DGPPN et al. 2017), die Behandlungsgeschichte (APA Work Group on Psychiatric Evaluation 2016, DGPPN et al. 2017, DGPPN 2019) und die funktionale Einschränkung (APA Work Group on Psychiatric Evaluation 2016, DGBS/DGPPN 2019) erfasst werden. Des Weiteren soll im diagnostischen Gespräch die Abklärung eines ggf. vorliegenden Substanzmissbrauchs (DGBS/DGPPN 2019, DGPPN et al. 2017, DGPPN 2019, Riemann et al. 2017) sowie einer ggf. vorliegenden Suizidalität (DGPPN et al. 2017) erfolgen.

Zur Diagnostik empfehlen Leitlinien die Anwendung störungsspezifischer (Amann et al. 2016, DGBS/DGPPN 2019, DGPPN et al. 2017), validierter (Amann et al. 2016) und auch spezifischer (Amann et al. 2016, NCCMH 2011 [2018]-b) Instrumente.

vertraulich

Therapiezielvereinbarung

In der Anfangsphase der Behandlung sollen zudem Therapieziele formuliert werden, die als integraler Bestandteil der Psychotherapie und des Behandlungserfolgs empfohlen werden (DGBS/DGPPN 2019). Die Vereinbarung der Therapieziele soll individuell und konkret (Bandelow et al. 2014, DGBS/DGPPN 2019, DGPM/DGKJP 2018) sowie partizipativ (DGBS/DGPPN 2019, DGPM/DGKJP 2018) erfolgen.

Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf

Leilinien empfehlen die Reflexion des Therapieverlaufs (Bandelow et al. 2014, DGBS/DGPPN 2019, DGPPN et al. 2017) und dafür die Anwendung und Auswertung von Testverfahren (Bandelow et al. 2014, DGBS/DGPPN 2019).

Kooperation

Im Rahmen der Kooperation empfehlen Leitlinien eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Stellen der Versorgung wie z. B. niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten, Beratungsstellen, Kliniken, Hausärztinnen und -ärzten (DGPM/DGKJP 2018). Absprachen und Kommunikation sollen patientenindividuell stattfinden und werden auch zur Bestimmung und/oder Abklärung somatischer Parameter empfohlen (DGPM/DGKJP 2018, DGPPN 2019).

Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes

Die Beendigung einer psychotherapeutischen Behandlung stellt eine wichtige Phase im Therapieprozess dar, die anhand der für die Behandlung relevanten Dimensionen sowie des Umfangs der erreichten Therapie(teil)ziele eingeleitet werden sollte.

Eine Leitlinie empfiehlt, die Dauer psychotherapeutischer Behandlungen am aktuellen Zustand und den Bedürfnissen der Betroffenen sowie den Zielen der Behandlung zu orientieren (DGBS/DGPPN 2019).

In der Abschlussphase der Therapie sollten das Ergebnis der für die Behandlung relevanten Dimensionen und das Erreichen der individuellen Therapieziele erhoben werden. Leitlinien empfehlen die Reflexion des Therapieverlaufs (Bandelow et al. 2014, DGBS/DGPPN 2019, DGPPN et al. 2017).

Um das Behandlungsergebnis nach Ende der Psychotherapie abzusichern, soll vor Abschluss der Therapie mit den Patientinnen und Patienten geprüft werden, ob eine Rezidivprophylaxe oder andere Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses erforderlich sind. Dazu empfehlen Leitlinien eine patientenindividuelle Entscheidung über die Einleitung weiterer Maßnahmen (DGPPN et al. 2017, NCCMH 2014 [2018]).

vertraulich

Outcome

Zahlreiche eingeschlossenen Leitlinien benennen patientenrelevante Outcomes, die Ziel einer ambulanten Psychotherapie sind (Amann et al. 2016, Andreas et al. 2015, Bandelow et al. 2014, DGBS/DGPPN 2019, DGfS 2018, DGKJP et al. 2017, DGPPN 2019).

Ein zentrales patientenrelevantes Outcome ist die Reduktion der Symptomatik (Bandelow et al. 2014, DGBS/DGPPN 2019, DGKJP et al. 2017, DGPPN 2019). Auch zielt die ambulante Psychotherapie auf die Verbesserung der Lebensqualität bzw. Lebenszufriedenheit (Amann et al. 2016, Bandelow et al. 2014).

Weitere in den Leitlinien adressierte psychotherapeutische Outcomes sind die Verbesserung von Alltagsfunktionen (Bandelow et al. 2014, DGKJP et al. 2017) sowie der Erhalt, die Verbesserung oder Wiederherstellung der Funktions- und Leistungsfähigkeit (Amann et al. 2016).

Ein Behandlungsziel, das mit ambulanter Psychotherapie erreicht werden kann, ist gemäß den Leitlinien das Aneignen und Anwenden adäquater Bewältigungsstrategien durch die Patientin / den Patienten (Andreas et al. 2015, DGKJP et al. 2017). Darüber hinaus wird empfohlen, dass mithilfe der Behandlung Strategien, Techniken und Fertigkeiten entwickelt werden sollen, die beispielsweise dem Erhalt der Symptomverbesserung (Amann et al. 2016), dem Erlangen eines verbesserten Zeitmanagements, der gesteigerten Organisationsfähigkeit, der Kontrolle über die Symptomatik, der Emotionsregulation, der Aufmerksamkeit sowie der Stressregulierung (Andreas et al. 2015, DGKJP et al. 2017) dienen.

Des Weiteren zielt laut Leitlinien die ambulante Psychotherapie sowohl auf eine Erhöhung des Selbstwertgefühls (Andreas et al. 2015, DGfS 2018, DGKJP et al. 2017), der Selbstakzeptanz und Identitätsentwicklung als auch auf eine Reduktion von Scham- und Schuldgefühlen (DGfS 2018) ab. Ein ebenfalls patientenrelevantes Outcome stellt gemäß den recherchierten Leitlinien die Teilhabe an Arbeit und Beruf, sozialen Beziehungen und der Gesellschaft dar (Amann et al. 2016, Bandelow et al. 2014).

3.2.2 Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche

Nachfolgend werden die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche zu den Rechercheblöcken Versorgungssituation sowie Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen dargestellt, welche für die Entwicklung des Qualitätsmodells (IQTIG 2019c) durchgeführt und zum Zwecke der Indikatorenentwicklung aktualisiert wurden. Es wurden für den Zwischenbericht zum Qualitätsmodell bereits 13 Volltexte zum Recherchеblock Versorgungssituation eingeschlossen (IQTIG 2019c). Im Rahmen der Aktualisierung konnten 5 weitere Publikationen eingeschlossen werden (Anhang A.1.2.1). Mittels der systematischen Recherche nach Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschten Wirkungen für das Qualitätsmodell wurden im Zwischenbericht 16 Volltexte eingeschlossen (IQTIG 2019c). Im Zuge der Aktualisierung dieseFragestellung wurden 18 systematische Reviews eingeschlossen (Anhang A.1.3.1). Detaillierte Angaben zu den in den Publikationen der ursprünglichen sowie aktualisier-

vertraulich

ten Recherche adressierten Fragestellungen, Studientypen, Populationen und Stichproben sowie zentrale Ergebnissen sind dem Zwischenbericht (IQTIG 2019c) sowie Anhang A zu entnehmen.

Aktualisierung des Rechercheblocks „Versorgungssituation“

Für den Block Versorgungssituation wurde nach deutsch- oder englischsprachigen Studien gesucht, die die ambulante psychotherapeutische Versorgung Erwachsener in Deutschland adressieren (für nähere Informationen zu den Einschlusskriterien siehe Anhang A.1). Insgesamt konnten im Rahmen der aktualisierten systematischen Recherche 5 Studien eingeschlossen werden, die die Versorgungssituation in der ambulanten Psychotherapie thematisieren (Hannich et al. 2019, Kammerer et al. 2019, Schawohl und Odenwald 2018, Scholten et al. 2018, Beintner und Jacobi 2018). Im Rahmen von 3 Studien wurden negative Faktoren in der ambulanten Psychotherapie untersucht, ohne den Fokus auf eine spezielle Diagnose oder ein spezielles Therapieverfahren zu legen. Während Hannich et al. (2019) die Gründe für das Nichtzustandekommen von Psychotherapien aus Sicht der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten untersucht haben, fand in der Studie von Scholten et al. (2018) eine qualitative Auswertung von Patientenbeschwerdebriefen im Zusammenhang mit der ambulanten Psychotherapie statt. Kammerer et al. (2019) befragten Hausärztinnen und Hausärzte, welche Hindernisse und Voraussetzungen sie für die Vermittlung von depressiv erkrankten Menschen über 60 Jahren in die psychotherapeutische Behandlung sehen (Kammerer et al. 2019). Negative Folgen im Rahmen der Verhaltenstherapie sowie der stationären Psychotherapie und dem damit verbundenen Übergang in die ambulante Psychotherapie wurden von Beintner und Jacobi (2018) bezogen auf Patientinnen mit Bulimia nervosa untersucht. Schawohl und Odenwald (2018) untersuchten, welche soziodemografischen und klinischen Variablen Risikofaktoren für Therapieabbrüche in der ambulanten Verhaltenstherapie darstellen.

Aktualisierung des Rechercheblocks „Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen“

Bezüglich Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen wurden deutsch- oder englischsprachige systematische Übersichtsarbeiten eingeschlossen, die erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer unter § 27 der Psychotherapie-Richtlinie aufgeführten Indikation und Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder analytischer Psychotherapie untersuchen (für nähere Informationen zu den Einschlusskriterien siehe Anhang A.1). Im Rahmen der aktualisierten Recherche konnten insgesamt 9 systematische Übersichtsarbeiten identifiziert werden, die Wirkfaktoren in der ambulanten Psychotherapie thematisieren, ohne ihren Fokus auf eine spezifische Diagnose oder ein Therapieverfahren zu legen (Constantino et al. 2018a, Elliott et al. 2018, Gelso et al. 2018, Heinonen und Nissen-Lie 2020, Krebs et al. 2018, Lambert et al. 2018, Lavik et al. 2018, Levy et al. 2018). Des Weiteren werden in 9 Studien Wirkfaktoren in der Verhaltenstherapie oder der psychodynamischen Psychotherapie untersucht (Beard und Delgadillo 2019, Beutler et al. 2018a, Beutler et al. 2018b, Constantino et al. 2018a, Cuijpers et al. 2018a, de Felice et al. 2019, Dewar et al. 2020, Shattock et al. 2018, Wojnarowski et al. 2019). Hierbei werden in 5 systematischen Übersichtsarbeiten

vertraulich

Wirkfaktoren im Rahmen unterschiedlicher psychischer Erkrankungen betrachtet, wie beispielsweise Depressionen und/oder Angststörungen (Beard und Delgadillo 2019, Cuijpers et al. 2018b, Wojnarowski et al. 2019), Prädiktoren für Erkrankungs- und Behandlungsverläufe bei Patientinnen und Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung (Dewar et al. 2020) sowie Wirkfaktoren für die therapeutische Beziehung bei Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie (Shattock et al. 2018). Eingeschlossene systematische Reviews weisen darauf hin, dass es Wirkfaktoren in der ambulanten Psychotherapie gibt, die einen positiven Einfluss auf das Outcome nehmen, wenn diese berücksichtigt werden und die Therapie dementsprechend angepasst wird. Ein systematischer Review von de Felice et al. (2019) kommt zu der Erkenntnis, dass die spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren der Psychotherapie nicht unabhängig voneinander betrachtet werden können. In den Übersichtsarbeiten werden, unter anderem, das regelmäßige Vermitteln von Feedback zu den Therapiefortschritten, die Reaktanz, der Copingstil, die patientenseitige Erfolgserwartung, die positive Wertschätzung durch die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten, die Beziehung zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut, das frühzeitige Ansprechen auf die Psychotherapie, die Empathie der Therapeutin/des Therapeuten, der Bindungsstil der Patientin/des Patienten und die Verortung der Patientin/des Patienten im Stufenmodell der Verhaltensänderung als Wirkfaktoren in der ambulanten Psychotherapie diskutiert (Beard und Delgadillo 2019, Beutler et al. 2018b, Beutler et al. 2018a, Constantino et al. 2018a, Constantino et al. 2018b, Shattock et al. 2018, Farber et al. 2018, Gelso et al. 2018, Levy et al. 2018, Lambert et al. 2018, Elliott et al. 2018, Krebs et al. 2018). Weiterhin weist der systematische Review von Cuijpers et al. (2018b) darauf hin, dass gewisse Patientenmerkmale, wie das Geschlecht, Alter oder somatische Grunderkrankungen, bei Patientinnen und Patienten mit einer Depression nicht mit einem besseren oder schlechteren Therapie-Outcome assoziiert sind. Die Ergebnisse des systematischen Reviews von Dewar et al. (2020) zeigen, dass eine Zuordnung der Patientinnen und Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung zu den Subgruppen Responder, Non-Responder und subklinische Patientinnen und Patienten ihr Ansprechen auf die psychotherapeutische Behandlung vorhersagen und diese somit individueller gestaltet werden kann. Sowohl die qualitative Meta-Analyse von Lavik et al. (2018) als auch der systematische Review von Heinonen und Nissen-Lie (2020) haben ergeben, dass verschiedene professionelle und/oder persönliche Charakteristika der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch einen Einfluss auf die Effektivität der Psychotherapie haben.

3.2.3 Erkenntnisse aus der systematischen und orientierenden Literaturrecherche zu den einzelnen Qualitätsaspekten

Qualitätsaspekt „Diagnostik“

Mit der systematischen Recherche für die Entwicklung des Qualitätsmodells konnte die Modellstudie der Techniker Krankenkasse zur Verlaufsmessung in der psychotherapeutischen Versorgung gefunden werden. Im Rahmen dieser Langzeitstudie zum Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie wurde ein clusterrandomisiertes Design gewählt, bei dem sowohl 200 Therapeutinnen und Therapeuten der Interventionsgruppe als auch der Kontrollgruppe in drei Modellregionen zugeordnet wurden. Diese behandelten zwischen 2005 und 2009 insgesamt 1.708 Patientinnen und Patienten, die in das Modellvorhaben eingeschlossen wurden. Während

vertraulich

der psychotherapeutischen Behandlung wurden Daten zum Therapiebeginn, -verlauf, -abschluss sowie zur Katamnese erhoben. Es konnte im Hinblick auf die Ergebnisqualität (Effektivität) kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen nachgewiesen werden. Es zeigten sich keine Gruppenunterschiede hinsichtlich der erreichten gesundheitlichen Veränderung je eingesetzter Therapiestunde (Effizienz). Die Forschergruppe konnte zudem zeigen, dass sich die Varianzen in den abgerechneten Therapiestunden der beiden Gruppen statistisch nicht unterschieden, für Patientinnen und Patienten in der Interventionsgruppe im Mittel jedoch mehr Therapiesitzungen abgerechnet wurden. Letzteres kam aufgrund von unterschiedlichen Bewilligungsmodi zu Stande. Darüber hinaus zeigten die Kontrollgruppen aus der Versorgung ein vergleichbares Spektrum an Therapiedauern. Mit zunehmender Anzahl abgeschlossener Modell-Therapien stieg die Zufriedenheit der Therapeutinnen und Therapeutinnen mit der Praktikabilität des Modellvorhabens leicht an, ohne dass eine signifikante Korrelation nachgewiesen werden konnte. Die Autorinnen und Autoren verweisen darauf, dass im Hinblick auf den Dokumentationsaufwand dem erhöhten Aufwand für die psychometrische Messung ein verringerter Aufwand durch die Verkürzung der Begutachtung gegenüberstand. Die Autorinnen und Autoren konnten durch die Verwendung von Checklisten ein verändertes Diagnoseverhalten, beispielsweise in Form von differenzierteren Diagnosen, für die Interventionsgruppe feststellen. Es konnten allerdings keine Aussagen zur Güte der Indikationsstellung getroffen werden, sodass aus der reinen Häufung von Diagnosen keine Rückschlüsse gezogen werden konnten. Für einen praktikablen Routineeinsatz der Erhebungsinstrumente sahen die Autorinnen und Autoren Anpassungsbedarf. Während die Patientinnen und Patienten das Modellvorhaben in Bezug auf die Konsistenz der eingesetzten Entscheidungsregeln und Handlungsoptionen am positivsten bewerteten, stieß es bei den Therapeutinnen und Therapeuten auf moderate Akzeptanz. Die Gutachterinnen und Gutachter bewerteten dies dagegen eher kritisch (Wittmann et al. 2011).

Im Rahmen der aktualisierten Recherche weisen die Erkenntnisse der identifizierten Studien auf folgende Einschätzungen hin: Bei der Diagnostik in einer ambulanten Psychotherapie ist die frühzeitige Messung, ob die Patientinnen und Patienten auf die Behandlung ansprechen, bedeutsam und hat einen Einfluss auf den Erfolg der Psychotherapie (Beard und Delgadillo 2019). Ebenso sollten die Erfolgserwartung, der Copingstil und Prädiktorvariablen der Patientin / des Patienten in der initialen Behandlungsphase erhoben werden, um ein adäquates Behandlungsverfahren zu wählen bzw. ein besseres Outcome zu erzielen (Beutler et al. 2018b, Constantino et al. 2018a, Dewar et al. 2020).

Qualitätsaspekt „Therapiezielvereinbarung“

Zum Qualitätsaspekt „Therapiezielvereinbarung“ wurden im Rahmen der systematischen Recherche keine Studien identifiziert.

Qualitätsaspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“

Im Rahmen der ersten Recherche zum Zwischenbericht konnten Studien identifiziert werden, die darauf hinweisen, dass eine regelmäßige Erhebung des Therapiefortschritts im Verlauf und ein dazugehöriges Feedback einen Einfluss auf den Therapieerfolg haben kann (Carlier et al. 2017, Amble et al. 2015). In einer, ebenfalls im Rahmen der systematischen Recherche für den

vertraulich

Zwischenbericht identifizierten, Studie beschreiben Lutz et al. (2019), dass sich auf diese Weise auch ungünstige Verläufe oder Fehlentwicklungen gezielt identifizieren und analysieren lassen könnten und somit entsprechende Behandlungsentscheidungen getroffen werden könnten und sich die Therapie dadurch patientenorientiert optimieren lassen könnte. Eine Meta-Analyse von Lambert et al. (2018), die im Zuge der Rechercheaktualisierung ermittelt wurde, weist darauf hin, dass die regelmäßige Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf die Wahrscheinlichkeit von Verschlechterungen reduziert und insbesondere bei Patientinnen und Patienten, bei denen ein schlechteres Outcome vorhergesagt wird, das klinische Ergebnis verbessert. Hierbei scheint die routinemäßige Messung in der initialen Therapiephase und die damit verbundene Auswahl der am besten geeigneten Therapieform eine bessere Prognose nach der Behandlung zu erwirken (Beard und Delgadillo 2019, Constantino et al. 2018a).

Qualitätsaspekt „Kooperation“

Bereits im Zwischenbericht zum Qualitätsmodell wurde die Erforderlichkeit einer guten Vernetzung aller Beteiligten bei der mitunter komplexen Behandlung vor allem schwerer und chronischer psychischer Erkrankungen herausgestellt (IQTIG 2019d). Dies sowie eine reibungslose Behandlungskoordination stellen sich vor dem Hintergrund einer stark fragmentierten und von zahlreichen Akteurinnen und Akteuren gestalteten Versorgungslandschaft umso wichtiger dar (z. B. SVR-Gesundheit 2018). Auch die Studie von (Kammerer et al. 2019), die mithilfe der erneuten systematischen Recherche ermittelt wurde, liefert Hinweise dazu, dass ein stärkerer Austausch zwischen den unterschiedlichen medizinischen Berufsgruppen als ein notwendiger und wünschenswerter Beitrag gesehen wird, um die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern (Kammerer et al. 2019).

Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“

Bei der Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes weist eine Meta-Analyse von Lambert et al. (2018) darauf hin, dass ein besseres Outcome erreicht werden, wenn ein Routine-Outcome-Messsystem eingesetzt wird. Demnach reduziert das regelmäßige Vermitteln von Feedback zu den Therapiefortschritten Verschlechterungen und verbessert insbesondere bei Patientinnen und Patienten, bei denen ein schlechteres Outcome vorhergesagt wird, das klinische Ergebnis.

Qualitätsaspekt „Outcome“

Die Reflexion des Therapiefortschritts sowie die Erhebung des Therapieergebnisses in der Abschlussphase der Behandlung sind zentral, um den Therapieerfolg für die Patientin / den Patienten sicherstellen zu können. Die Aktualisierung der Recherche hat den systematischen Review von Lambert et al. (2018) identifiziert, in dem die Autorinnen und Autoren zu dem Ergebnis kommen, dass Routine-Outcome-Messungen sowie entsprechendes Feedback ein verbessertes Therapieergebnis bewirken können.

Die Autorinnen und Autoren mehrerer qualitativer Studien, die im Rechercheblock „Patientenperspektive“ für den Zwischenbericht zum Qualitätsmodell ermittelt wurden, weisen darauf hin, dass für Patientinnen und Patienten die Verringerung der Symptomatik, Strategien zum Umgang

vertraulich

mit Symptomen, Selbstmanagementfähigkeiten sowie das Erlernen praktisch anwendbarer Fähigkeiten und Copingstrategien zentrale positive Effekte einer Psychotherapie sind (Awenat et al. 2017, Bayliss und Holttum 2015, Bell 2017, Birchwood et al. 2018, French et al. 2017, Janssen et al. 2020, Kahlon et al. 2014, Levitt et al. 2016, Lowe und Murray 2014). Als weitere patientenseitig relevante Outcomes wurde die Verbesserung der interpersonellen Beziehungsmuster und der psychosozialen Funktionalität identifiziert (Bell 2017, Birchwood et al. 2018, Levitt et al. 2016, Lowe und Murray 2014). Auch die Relevanz des Erlernens von Selbstmanagementfähigkeiten und Copingstrategien im Rahmen der Psychotherapie wurde in einigen Studien dahingehend hervorgehoben, dass dadurch eine nachhaltige, über das Therapieende hinausgehende Behandlungswirkung erzielt werden könnte (French et al. 2017, Lowe und Murray 2014).

3.2.4 Zusammenfassung und Limitationen

Für den Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell wurde bereits eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Diese wurde nun für den Abschlussbericht zur Indikatorenentwicklung aktualisiert. Insgesamt wurden somit 18 Studien zur Versorgungssituation und 34 Studien zu den Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschten Wirkungen von ambulanter Psychotherapie eingeschlossen. Anhand der dargelegten Erkenntnisse aus der Literaturrecherche liegen Hinweise vor, welche Formen der Versorgungssituation und welche Wirkfaktoren in der ambulanten Psychotherapie von besonderer Bedeutung sein könnten. Themen und Ergebnisse der systematischen Recherche ergänzen sich mit denen der anderen Informationsquellen. Ein Ergebnis der systematischen Literaturrecherche war jedoch, dass nur sehr wenig wissenschaftliche Erkenntnisse aus der Literatur für Deutschland im Bereich der Versorgungssituation sowie zu den Wirkfaktoren der ambulanten Psychotherapie existiert. Für den Qualitätsaspekt „Therapiezielvereinbarung“ hat die systematische Literaturrecherche keine Hinweise aus der Literatur identifiziert.

vertraulich

3.3 Fokusgruppen

3.3.1 Ziele der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Gemeinsam mit den Erkenntnissen aus der Literaturrecherche dienen die Ergebnisse aus den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie mit Beteiligten aus den verschiedenen Bereichen des Versorgungsgeschehens dazu, Qualitätsmerkmale als Ausgangspunkt für Indikatoren abzuleiten und Verbesserungsbedarfe zu identifizieren (IQTIG 2019b).

Die Fokusgruppen mit den Patientinnen und Patienten liefern sowohl Erkenntnisse zu ihren Bedürfnissen als auch zu ihren konkreten Erfahrungen in der Versorgung. Um zusätzlich auch die Perspektive der Behandelnden zu erfassen, wurden zudem Fokusgruppen mit ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchgeführt.

Es wurden bereits Fokusgruppen als eine zentrale Informationsquelle für die Entwicklung des Qualitätsmodells durchgeführt und ausgewertet (IQTIG 2019c). Für die parallel in der Entwicklung befindliche Patientenbefragung wurden auf Basis dieses gemeinsamen Qualitätsmodells

nochmals Fokusgruppen durchgeführt (IQTIG 2020), auf deren Ergebnisse auch für die Entwicklung der dokumentationsbasierten Indikatoren für das gemeinsame Qualitätsindikatorenset zugegriffen wird. Dafür wurde das kategorisierte Material nochmals für die Ableitung der Qualitätsmerkmale für die perspektivisch dokumentationsbasierten Indikatoren gesichtet. Das methodische Vorgehen hinsichtlich der Fokusgruppen ist bereits im Zwischenbericht zur Entwicklung einer Patientenbefragung zur ambulanten Psychotherapie beschrieben (IQTIG 2020).

3.3.2 Planung der Fokusgruppen und Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Im Juli 2019 wurden Fokusgruppen mit gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten sowie Fokusgruppen mit ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchgeführt. Um ein ausgewogenes Diskussionsbild zu erhalten, wurde für alle Fokusgruppen eine Teilnehmerzahl von sechs bis acht Personen geplant (Dreher und Dreher 1982, Krueger und Casey 2015).

Hinsichtlich der Zusammensetzung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen wurde eine inhaltliche Repräsentativität angestrebt (Lamnek und Krell 2016), die sich insbesondere auf die Erkrankungs- und Behandlungserfahrungen der ausgewählten Patientinnen und Patienten fokussierte. Um einen umfassenden Blick auf die Versorgung mit ambulanter Psychotherapie zu gewinnen, wurden insgesamt vier Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten geplant, die eine unterschiedliche Behandlungsdauer bei ambulant tätigen ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hatten. Es wurde daher je eine Fokusgruppe mit Patientinnen und Patienten konzipiert, die zum Zeitpunkt der Rekrutierung

- mindestens 5 bis höchstens 12 Termine hatten,
- mindestens 13 und höchstens 25 Termine hatten,
- mindestens 26 oder mehr Termine hatten,
- eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie abgeschlossen haben.[14]

Bei der Rekrutierung der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten wurden zudem die Diagnose, das Therapieverfahren, die Behandlungsform, das Alter, das Geschlecht und der Bildungshintergrund berücksichtigt. Zusätzlich wurden Ausschlusskriterien für die Teilnahme an den Fokusgruppen formuliert. Dies betraf beispielsweise Patientinnen und Patienten, die sich physisch und/oder psychisch nicht in der Lage fühlten, an einer 1,5- bis 2-stündigen Gruppendiskussion teilzunehmen. Um Überschneidungen und Wechselwirkungen mit anderen Studien zur Versorgung zu vermeiden, wurden Patientinnen und Patienten, die innerhalb der letzten drei Monate an einer Gruppendiskussion oder an einer klinischen Studie zum Thema ambulante Psychotherapie teilgenommen hatten, ebenfalls nicht rekrutiert.

An den Fokusgruppen der Gesundheitsprofessionen sollten ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten teilnehmen, die zum Zeitpunkt der Beauftragung

[14] Die Kategorien wurden so gewählt, dass Patientinnen und Patienten möglichst in KZT 1 (5 bis 12 Sitzungen), in KZT 2 (13 bis 25 Sitzungen) und in LZT (26 oder mehr Sitzungen) sowie mit abgeschlossener Richtlinien-Psychotherapie rekrutiert werden konnten.

vertraulich

volljährige Patientinnen und Patienten gemäß Psychotherapie-Richtlinie in Einzeltherapie versorgten und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien, analytische Psychotherapien oder Verhaltenstherapien durchführten (G-BA 2018c). Da zum Zeitpunkt der Beauftragung die Systemische Therapie noch nicht Gegenstand der Psychotherapie-Richtlinie war, war deren Einbezug in den Erfahrungshorizont der Fokusgruppen nicht möglich.

Das IQTIG wurde bei der Rekrutierung der Teilnehmenden für die Fokusgruppen von einem externen Dienstleister unterstützt, der Erfahrung in der Ansprache von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie sowie ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vorweisen konnte. Die Rekrutierung der Patientinnen und Patienten erfolgte über unterschiedliche Kontakt- bzw. Vermittlungskanäle wie z. B. über den Direktkontakt mit Patientinnen und Patienten und die Ansprache von ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die Rekrutierung der Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen erfolgte beispielsweise über den Direktkontakt.

Die Anzahl sowie die Zusammensetzung der geplanten Fokusgruppen kann Tabelle 1 entnommen werden.

Tabelle 1: Geplante Anzahl und Zusammensetzung der Fokusgruppen für die Entwicklung der Patientenbefragung (Juli 2019)

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen	**geplante Anzahl und Zusammensetzung**
Patientinnen und Patienten	jeweils eine Fokusgruppe mit 6–8 Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Rekrutierung ▪ mindestens 5 bis höchstens 12 Termine in einer ambulanten Richtlinien-Psychotherapie hatten ▪ mindestens 13 und höchstens 25 Termine in einer ambulanten Richtlinien-Psychotherapie hatten ▪ mindestens 26 oder mehr Termine in einer ambulanten Richtlinien-Psychotherapie hatten ▪ eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie abgeschlossen hatten
ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	2 Fokusgruppen mit jeweils 6–8 ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die Patientinnen und Patienten gemäß Psychotherapie-Richtlinie in Einzeltherapie versorgen

vertraulich

3.3.3 Ethikvotum und Datenschutzkonzept

Vor dem Beginn der Rekrutierung von Fokusgruppenteilnehmenden erteilte die International Medical & Dental Ethics Commission (IMDEC) im April 2019 ein positives Votum für den Antrag des IQTIG zur Durchführung der in Abschnitt 3.3.2 beschriebenen Fokusgruppen. Dafür legte das IQTIG das Studienprotokoll zur Beurteilung vor, in dem das Forschungsvorhaben im Detail beschrieben wurde, inklusive der geplanten Rahmenbedingungen zur Fokusgruppenteilnahme und -durchführung und zum Umgang mit dem Datenmaterial.

3.3.4 Moderationsleitfaden

Für die Durchführung der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie mit ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurden gruppenspezifische, aber thematisch aufeinander abgestimmte Moderationsleitfäden erstellt. Aus der vorab durchgeführten systematischen Literaturrecherche und den im Qualitätsmodell definierten Qualitätsaspekten wurden hierfür Themen abgeleitet, die mithilfe der Fokusgruppen erörtert und konkretisiert werden sollten. Eine hinreichend offene Gestaltung der Moderationsleitfäden sollte es erlauben, weitere Themen, die im Rahmen der Durchführung der Fokusgruppen seitens der Teilnehmenden auftraten, in die Diskussionen aufzunehmen. Die Moderationsleitfäden für die Fokusgruppen sind im Anhang C.2 des Zwischenberichts zur Entwicklung einer Patientenbefragung einzusehen und setzten, unter Berücksichtigung der Qualitätsaspekte der Patientenbefragung aus dem Qualitätsmodell, von denen sechs Aspekte auch auf die Entwicklung der dokumentationsbasierten Indikatoren entfallen, die folgenden thematischen Schwerpunkte:

- **Kommunikation und Interaktion**: z. B. Umgang der ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Erfahrungen, Wünschen, Ängsten oder Bedenken der Patientinnen und Patienten; Eingehen auf individuelle Bedürfnisse und Vorstellungen der Patientinnen und Patienten
- **Information und Aufklärung**: z. B. Informationen zu Rahmenbedingungen und organisatorischen Voraussetzungen der Psychotherapie; Information und Aufklärung zu verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten und Therapieverfahren; Information und Aufklärung zum spezifischen Ablauf der aktuellen Therapie sowie zur Diagnose und Erkrankung
- **Gemeinsame Behandlungsplanung**: z. B. patientenseitige Aspekte, die die Entscheidung im Rahmen der Psychotherapie beeinflussen; Verlauf der Entscheidung im Rahmen der Psychotherapie; Beteiligung weiterer Akteure an Entscheidungen im Rahmen der Psychotherapie; präferenzsensible und partizipative Entscheidungsfindung
- **Therapieziele**: z. B. Erarbeitung und Formulierung von Zielen für die Psychotherapie; Beteiligung der Patientinnen und Patienten bei der Festlegung von Zielen
- **Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts**: z. B. Rückmeldung zum Therapiefortschritt an die Patientinnen und Patienten
- **Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes**: z. B. inhaltliche und zeitliche Strukturierung des Therapieendes; Vorbereitung der Patientinnen und Patienten auf das Ende der Psychotherapie

vertraulich

- **Kooperation der Leistungserbringer**: z. B. Unterstützungsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten; Vernetzung der an der Behandlung beteiligten Akteure; Brüche in der Versorgung aus Sicht der Patientinnen und Patienten
- **Ergebnis der Psychotherapie**: z. B. der Behandlungserfolg; wichtige Behandlungsergebnisse aus Sicht der Patientinnen und Patienten; Auswirkungen der Psychotherapie auf den Alltag der Patientinnen und Patienten

3.3.5 Durchführung der Fokusgruppen

Die Moderation der Fokusgruppen erfolgte durch eine Mitarbeiterin bzw. einen Mitarbeiter des IQTIG. Die Fokusgruppen wurden mithilfe einer weiteren Mitarbeiterin bzw. eines weiteren Mitarbeiters des IQTIG dokumentiert. Von den Fokusgruppen wurden digitale Ton- und Videoaufnahmen angefertigt. Die Tonaufnahmen wurden anonymisiert transkribiert. Sowohl die Ton- als auch die Videoaufnahmen werden nach Abschluss des Projekts gelöscht. Für die Durchführung wurde pro Fokusgruppe eine Dauer von eineinhalb bis zwei Stunden angestrebt.

Die Teilnahme an den Fokusgruppen war freiwillig. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mussten vorab mit einer Datenschutz- und Einwilligungserklärung über die Ton- und Videoaufzeichnung der Diskussion informiert werden und ihr Einverständnis zur Teilnahme geben. Die Fokusgruppenteilnehmenden erhielten anschließend eine finanzielle Aufwandsentschädigung.

3.3.6 Kurzfragebogen

Im Anschluss an die Fokusgruppen erhielten alle Teilnehmenden einen anonymen Kurzfragebogen, der, neben soziodemografischen Angaben, auch Fragen zur individuellen ambulanten Psychotherapie umfasste. Zweck des Kurzfragebogens war es, die Charakteristika der Teilnehmenden deskriptiv darzustellen. Das Ausfüllen des Fragebogens war freiwillig.

Der Kurzfragebogen für die Patientinnen und Patienten umfasste u. a. folgende Angaben:

- Dauer der psychotherapeutischen Behandlung
- Therapieverfahren der aktuellen Psychotherapie
- Diagnose
- Alter und Geschlecht
- Bildungsabschluss und aktuelle berufliche Situation

Der Kurzfragebogen für die ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten umfasste u. a. Angaben zu:

- Berufserfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie
- schwerpunktmäßig praktiziertes Therapieverfahren
- Alter und Geschlecht

Ein Gesamtüberblick über die Charakteristika der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen kann, unterteilt nach Patientinnen und Patienten bzw. ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, dem Abschnitt 3.3.2 sowie der Tabelle 1 entnommen werden.

vertraulich

3.3.7 Auswertung des Datenmaterials

Von den Tonaufzeichnungen wurden anonymisierte Volltranskriptionen erstellt. Das Datenmaterial wurde fokusgruppenübergreifend in Anlehnung an die zusammenfassende und strukturierende Inhaltsanalyse kodiert. Näheres findet sich dazu in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (IQTIG 2019b). Während mithilfe der aus den Moderationsleitfäden deduktiv entwickelten Hauptkategorien zunächst zentrale Aussagen aus den Fokusgruppen erfasst wurden, konnte mit den anschließenden induktiv entwickelten Subkategorien das Kategoriensystem präzisiert und das Datenmaterial umfassend interpretiert werden.

Für die Auswertung wurde ergänzend auch auf das Datenmaterial der Fokusgruppen zurückgegriffen, die im August 2018 vom IQTIG für die Erstellung des Qualitätsmodells durchgeführt wurden (IQTIG 2019d). So lag für die Analyse Material aus insgesamt 13 Fokusgruppen vor. Neben allgemeinen, übergreifenden Themen, die in diesen Gruppendiskussionen angesprochen wurden und Grundlage für die Ableitung der Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells waren, gab es auch Diskussionsbeiträge, die ergänzende Hinweise für die Ableitung von Qualitätsmerkmalen geben konnten.[15]

Die Datenanalyse und -interpretation erfolgte nach den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (IQTIG 2019b).

Im Einzelnen standen bei der Datenanalyse folgende Fragen im Vordergrund:

- Wie erleben Patientinnen und Patienten ihre ambulante psychotherapeutische Versorgung?
- Was sind für Patientinnen und Patienten zentrale Elemente einer psychotherapeutischen Behandlung?
- Welche qualitätsrelevanten Themen und welche konkreten Anforderungen an die Qualität der Versorgung, die für Patientinnen und Patienten von Relevanz sind, lassen sich identifizieren?
- Was ist für Patientinnen und Patienten in der Kommunikation und Interaktion während ihrer Psychotherapie wichtig?
- Wie erleben Patientinnen und Patienten das Ergebnis ihrer Behandlung?

Die Ergebnisse der Datenanalyse aller Fokusgruppen wurden vor dem Hintergrund derjenigen Qualitätsaspekte, für welche dokumentationsbasierte Indikatoren zu entwickeln sind, nochmals gesichtet und interpretiert. Anschließend wurden solche Textstellen als Ankerbeispiele für die Ergebnisdarstellung im Bericht ausgewählt, die die Erfahrungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer prägnant veranschaulichen und stellvertretend für ähnliche Diskussionsbeiträge stehen. Diese Themen bilden neben der systematischen Literaturrecherche eine weitere Grundlage für die Beschreibung der Qualitätsmerkmale und des Verbesserungsbedarfs.

[15] Das methodische Vorgehen zur Planung, Rekrutierung und Durchführung der Fokusgruppen für das Qualitätsmodell ist im entsprechenden Zwischenbericht des IQTIG vom 28. Februar 2019 „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell“ dargestellt (IQTIG 2019d). Die Moderationsleitfäden können Anhang C.1 entnommen werden.

vertraulich

3.4 Datenbasis

Zur Beschreibung und Analyse der Zielgruppe des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie wurden verschiedene Datenquellen herangezogen. Die unter Kapitel 4 dargestellten deskriptiven Statistiken basieren zum einen auf eigenen Auswertungen des IQTIG von Sozialdaten einer Krankenkasse und zum anderen auf Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Im Folgenden werden die Datenquellen kurz vorgestellt.

3.4.1 Sozialdaten

Für die Exploration des Versorgungsgeschehens und die Beschreibung der Zielgruppe des QS-Verfahrens konnten Auswertungen von Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse genutzt werden. Anhand eines zur Verfügung gestellten Datensatzes hat das IQTIG vertiefende Analysen auf Basis von Abrechnungen für die Quartale 03/2017 bis einschließlich 02/2018 durchgeführt. Das Konzept für die Datenauswertung sowie die Analysen wurden für das gesamte QS-Verfahren – für die Entwicklung sowohl der dokumentationsbasierten Indikatoren als auch der Patientenbefragung – erarbeitet. Eine entsprechende Darstellung findet sich ebenfalls im Zwischenbericht zur Entwicklung der Patientenbefragung. Der Datensatz umfasst auch frühere Abrechnungszeiträume. Diese konnten jedoch für die im Rahmen der Indikatorenentwicklung aktualisierten Analysen nicht herangezogen werden, da mit Inkrafttreten der überarbeiteten Psychotherapie-Richtlinie vom 16. Februar 2017 zentrale Veränderungen im Versorgungsbereich vorgenommen wurden (z. B. die Einführung neuer Behandlungsformen wie die psychotherapeutische Sprechstunde oder die psychotherapeutische Akutbehandlung) und zudem der GOP-Katalog angepasst wurde. Eine Ausweitung des Auswertungszeitraums war somit nicht sinnvoll, auch wenn ältere Daten vorlagen. Aus diesem Grund fand auch keine Analyse der Daten bezüglich der Systemischen Therapie statt, da in dem Zeitraum, aus dem der Datenpool stammt, die Systemische Therapie noch nicht in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen war und dementsprechend auch keine GOPs zur Abrechnung der systemischen Therapie vorlagen. Die Systemische Therapie wurde erst 2019 als Richtlinientherapie anerkannt und die dazugehörigen GOPs folgten am 1. Juli 2020 (KBV 2021d). Zudem konnte keine Auswertung bezüglich der Fragestellung, wie viele Patientinnen und Patienten in einem Jahr eine Richtlinientherapie beenden, erfolgen, da die neuen GOP-Zusatzziffern 88130 und 88131 für die Markierung des Therapieendes ebenfalls erst am 1. Juli 2020 zur Verfügung standen (KBV 2021c).

Die Definition der Datenbasis umfasst für den Auswertungszeitraum Patientinnen und Patienten, die volljährig sind und durchgängig gesetzlich krankenversichert waren. Für diese musste mindestens eine der eingeschlossenen F-Diagnosen gemäß ICD-10-GM von einem im QS-Verfahren adressierten Leistungserbringer (Fachgruppencodes 51, 58, 60, 61, 68)[16] vergeben worden sein. Zudem musste für die Patientinnen und Patienten mindestens einmal im oben genannten Zeitraum eine GOP für eine Richtlinien-Psychotherapie in Einzelbehandlung abgerechnet

[16] Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern. URL: https://www.kbv.de/media/sp/Arztnummern_Richtlinie.pdf (abgerufen am 24.02.2021).

vertraulich

worden sein (GOP 35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35421, 35422, 35425). Patientinnen und Patienten, die im Auswertungszeitraum verstarben, wurden nicht in den Auswertungen berücksichtigt. Im Rahmen der Auswertungen kann die Definition der jeweiligen Datenbasis in Abhängigkeit der Forschungsfrage variieren (z. B. zusätzliche Betrachtung von Patientinnen und Patienten mit einer psychotherapeutischen Sprechstunde, mit probatorischen Sitzungen, mit einer psychotherapeutischen Akutbehandlung oder mit einer Rezidivprophylaxe). Die Ergebnisse der Auswertungen der Daten der einen Krankenkasse werden für den Bericht auf die gesamte Versichertenpopulation der gesetzlichen Krankenversicherung, alters- und geschlechtsstandardisiert, hochgerechnet und ermöglichen damit generelle Aussagen über das Versorgungsgeschehen sowie die Charakteristika von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie im Auswertungszeitraum.

3.4.2 Auswertung ambulanter Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)

Die KBV hat dem IQTIG auf Anfrage aggregierte Daten zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie aus dem Jahr 2018 zur Verfügung gestellt. Diese umfassen Informationen zu den Verteilungen der Patientinnen und Patienten über die verschiedenen Therapieverfahren und Behandlungsformen sowie zur Anzahl der versorgenden Leistungserbringer. Die Definition der Datenbasis für die im Zwischenbericht dargestellten Auswertungen umfasst die im QS-Verfahren adressierten Leistungserbringer (Fachgruppencodes 51, 58, 60, 61, 68), die im Jahr 2018 mindestens einmal eine GOP für die Richtlinien-Psychotherapie abgerechnet haben (GOP 35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35421, 35422, 35425) (IQTIG 2019d). In der Definition der Datenbasis für Patientinnen und Patienten werden nur diejenigen betrachtet, die im Auswertungszeitraum von im QS-Verfahren adressierten Leistungserbringern (Fachgruppencodes 51, 58, 60, 61, 68) im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie behandelt wurden, d. h. Patientinnen und Patienten, für die eine der folgenden GOPs abgerechnet wurde: 35150, 35151, 35152, 35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35421, 35422, 35425.

vertraulich

3.5 Einbindung externer Expertinnen und Experten

3.5.1 Ziele und Aufgaben des Expertengremiums

Gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (IQTIG 2019b) wird in die Entwicklung von Qualitätsindikatoren ein beratendes Expertengremium einbezogen. Dieses setzte sich für die Entwicklung des QS-Verfahrens zur ambulanten Psychotherapie aus Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus den Bereichen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der analytischen Psychotherapie, der Verhaltenstherapie und der Systemischen Therapie, aus Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sowie aus Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern zusammen.

Inhaltliches Ziel der Expertenkonsultation ist es, eine Einschätzung der Entwicklungsarbeiten des IQTIG bezüglich der vom Qualitätsmodell abgeleiteten Qualitätsmerkmale als Vorstufe der Qualitätsindikatoren für den betrachteten Versorgungsbereich zu erhalten.

Ziel der Indikatorenentwicklung ist wiederum ein, auf die wesentlichen Verbesserungsbedarfe und -potenziale fokussiertes, aufwandsarmes und umsetzbares Indikatorenset, welches den Eignungskriterien für Qualitätsindikatoren (IQTIG 2019b: Kapitel 10) entspricht. Das Qualitätsmodell setzt sich zusammen aus patientenrelevanten Qualitätsaspekten, die zuvor anhand der folgenden Kriterien ausgewählt wurden: Übereinstimmung mit dem Regelungsbereich des G-BA, Potenzial zur Verbesserung, Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer und Erfassbarkeit mit den Instrumenten der gesetzlichen Qualitätssicherung. Die Qualitätsaspekte wurden anschließend zu Qualitätsmerkmalen konkretisiert und anhand folgender Eignungskriterien geprüft (IQTIG 2019b: Abschnitt 6.2.1):

- Bedeutung für die Patientinnen und Patienten
- Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel
- Übereinstimmung mit einem Qualitätsaspekt
- Potenzial zur Verbesserung
- Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer
- Zuschreibbarkeit der Verantwortung
- Berücksichtigung unerwünschter Wirkungen

Als letzten Schritt der Konkretisierung der Qualitätsmerkmale wurden diese durch das beratende Expertengremium in einem Treffen wiederum hinsichtlich folgender Eignungskriterien bewertet:

- Potenzial zur Verbesserung
- Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer

Themenspezifisch für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* und insbesondere da ausschließlich diagnosespezifische Leitlinien vorliegen, war in diesem Arbeitsschritt zudem eine Einschätzung durch die Expertinnen und Experten hinsichtlich der beauftragungsspezifischen Anforderung der Unabhängigkeit von einer spezifischen Diagnose sowie von dem angewandten psychotherapeutischen Verfahren sowie der Anwendbarkeit auf die Systemische Therapie erforderlich.

Die Erfassung der Expertenmeinung und -bewertung erfolgt entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG in einem strukturierten Prozess. Die Einschätzung des Expertengremiums wird dokumentiert (IQTIG 2019b: Abschnitt 6.2.1).

Im Anschluss an die Erstellung einer ersten Version der Qualitätsindikatoren durch das IQTIG werden diese gemeinsam mit dem beratenden Expertengremium in einem weiteren Treffen optimiert. Hierbei wird die vorliegende Operationalisierung überprüft, indem für dokumentationsbasierte Indikatoren die Verständlichkeit der vorgesehenen Datenfelder geprüft wird, inklusive der Notwendigkeit von erläuternden Ausfüllhinweisen. Gegebenenfalls werden die bei der Risikoadjustierung zu berücksichtigenden Faktoren und die Angemessenheit der vorgeschlagenen Referenzbereiche für die Abbildung der vorgesehenen Bewertungskategorien mit den Expertinnen und Experten diskutiert.

vertraulich

Inhalt des letzten Treffens des Expertengremiums ist die Betrachtung der Qualitätsindikatoren insgesamt. Konkret werden mit dem Expertengremium folgende Fragen adressiert:

- Liegen Überschneidungen zwischen den Indikatoren vor? (Mehrfachbewertungen derselben Strukturen/Prozesse/Ergebnisse sind zu vermeiden)
- Sollen Qualitätsindikatoren zu Indizes zusammengeführt werden?
- Ist das Indikatorenset ausgewogen oder existieren Widersprüche hinsichtlich seiner Ziele?
- Handelt es sich um ein in der Erhebung datensparsames, im Aufwand für die Leistungserbringer angemessenes und auf die wichtigsten Verbesserungsbedarfe fokussiertes Indikatorenset?
- Werden konkrete Umsetzungshürden für das ausgestaltete QS-Verfahren erwartet und wenn ja, welche?

Die Einschätzungen des Expertengremiums werden dokumentiert. Gegebenenfalls werden unter Berücksichtigung dieser Einschätzungen Optimierungen an den Indikatoren vorgenommen. Im Anschluss werden die Qualitätsindikatoren zum vorläufigen Indikatorenset des IQTIG zusammengeführt. Darüber hinaus wird im Ergebnisbericht eine abschließende Würdigung des Indikatorensets durch das IQTIG durchgeführt, inwiefern es dem intendierten Zweck des QS-Verfahrens entspricht und das Qualitätsmodell angemessen adressiert (IQTIG 2019b).

Ziel dieser Gesamtbetrachtung ist die Sicherstellung eines validen, ausgewogenen und fokussierten Sets an Qualitätsindikatoren für das QS-Verfahren. Eine abschließende Beurteilung kann jedoch immer erst bei Vorliegen aller Indikatoren aller Instrumente, insbesondere der Patientenbefragung, erfolgen.

3.5.2 Registrierungsverfahren für das Expertengremium

Für die Besetzung des Expertengremiums wurden Interessierte über einen öffentlichen Aufruf auf der Website des IQTIG sowie über die direkte Ansprache von wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Kammern und Organisationen (einschließlich Patientenorganisationen) dazu eingeladen, sich zur Teilnahme an dem Expertengremium zu registrieren bzw. den Aufruf weiterzuleiten. Aufgerufen wurden Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die gemäß Psychotherapie-Richtlinie ambulante psychotherapeutische Behandlungen im Sinne einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, einer analytischen Psychotherapie oder einer Verhaltenstherapie durchführen, sowie wissenschaftliche Fachexpertinnen und Fachexperten mit Forschungsschwerpunkt im Bereich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Der Zeitraum für die Registrierung lag zwischen dem 9. August und dem 27. September 2019. Da die Systemische Therapie als viertes Richtlinien-Therapieverfahren im November 2018 in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen wurde, wurde die Ausschreibung auf Expertinnen und Experten dieses Therapieverfahrens erweitert und gezielt an die entsprechenden Berufsverbände und Organisationen weitergeleitet. Es konnte die Vorsitzende der Systemischen Gesellschaft und Leiterin des Ausbildungsinstitutes für systemische Therapie und Beratung in Meilen / Zürich und eine weitere ausgewiesene systemische Therapeutin gewonnen werden. Zusätzlich verfügen mehrere andere Mitglieder des Expertengremiums über eine Zusatzqualifikation in Systemischer Therapie.

vertraulich

3.5.3 Auswahl der Expertinnen und Experten und Besetzung des Expertengremiums

Die Auswahlkriterien für die Expertinnen und Experten zielten einerseits auf die oben genannten beruflich-fachlichen Qualifikationen und Erfahrungen der Bewerberinnen und Bewerber, andererseits auf eine ausgewogene, heterogene Zusammenstellung der Expertisen im Expertengremium ab.

Die Auswahl der Expertinnen und Experten erfolgte nach einem gestuften Auswahlverfahren (siehe Anhang C.1). Hierzu wurde zunächst die berufliche Qualifizierung (Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin/Psychotherapeut, Wissenschaftlerin/Wissenschaftler) als Auswahlkriterium herangezogen und im nachfolgenden Schritt eine Auswahl aufgrund relevanter Berufserfahrung vorgenommen (hauptberuflich im ambulanten Bereich als Psychotherapeutin/Psychotherapeut mit Schwerpunkt Erwachsene tätig und/oder federführend in Forschungsprojekten mit inhaltlicher Relevanz, z. B. Psychotherapieforschung, tätig und/oder Aufweisen von besonderer methodischer Expertise, z. B. Indikatorenentwicklung, Outcome-Messung, Datenauswertung und/oder Aufweisen von besonderer Expertise im Kontext des Gesundheitssystems, z. B. Entwicklung im Kontext von Qualitätssicherung oder Modellprojekten wie z. B. Psych-Bado). Des Weiteren wurden alle Bewerbungen sowohl durch das Projektteam als auch durch die institutsinterne Kommission zur Prüfung potenzieller Interessenkonflikte hinsichtlich der Mitarbeit im Expertengremium geprüft. Expertinnen und Experten, bei denen relevante Interessenkonflikte vorlagen, wurden im Rahmen des Bewerbungsverfahrens ausgeschlossen.[17] Die Interessenkonflikte können dabei materieller Art, wie z. B. Vergütungsanreize in Dienstverträgen, oder nicht materieller Art sein, wie z. B. das Innehaben eines Amtes, das zum Vertreten spezifischer Interessen verpflichtet (IQTIG 2019b). Konkret beziehen sich die Interessenkonflikte auf folgende Beziehungen (IQTIG 2019b: 131):

- Arbeitsverhältnisse oder ehrenamtliche Tätigkeiten
- Beratungsverhältnisse
- Honorare, z. B. Vorträge und Stellungnahmen
- finanzielle Unterstützung von Forschungsaktivitäten
- sonstige Unterstützung, z. B. durch Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung, bei der Erstellung von Broschüren, bei der Einrichtung und Unterhaltung von Beratungsstellen oder bei Ausrichtung und Organisation einer Veranstaltung
- Aktienbesitz

Darüber hinaus war das Ziel, eine ausgewogene Zusammensetzung der Expertinnen und Experten nach Geschlecht, Berufsalter, Qualifizierung, geografischem Versorgungsgebiet, Therapieverfahrensart und Zugehörigkeit in Fachgesellschaften zu realisieren.

Der Einbezug von Patientenvertreterinnen und -vertretern in das Expertengremium dient der Einordnung und Vertretung von patientenrelevanten Themen in übergeordneten Kontexten. Sie

[17] Zu den Ausschlussgründen aufgrund von Interessenkonflikten siehe die „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (IQTIG 2019b).

vertraulich

werden von der Patientenvertretung beim G-BA bzw. deren Mitgliedsorganisationen (Vertretung der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V) entsandt. Für das Expertengremium *Ambulante Psychotherapie* waren zunächst drei Patientenvertreterinnen und -vertreter benannt, im Nachgang der ersten Sitzung des Expertengremiums wurde vonseiten der Patientenvertretung beim G-BA noch eine weitere Person benannt und in das Expertengremium aufgenommen.

Eine Übersicht zu den 19 Mitgliedern des Expertengremiums *Ambulante Psychotherapie* kann dem Anhang C.2 entnommen werden.

3.5.4 Treffen des Expertengremiums

Das erste Treffen des Expertengremiums für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* fand am 15. Januar 2020 in den Räumlichkeiten des IQTIG statt. 17 der (zu diesem Zeitpunkt noch) 18 Expertinnen und Experten haben an diesem Termin teilgenommen. Dieses erste Treffen erfolgte zur ausführlichen Information der Expertinnen und Experten über die bisherigen Vorarbeiten zum geplanten QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* und umfasste darüber hinaus Informationen zur Konzeptskizze des AQUA-Instituts (AQUA 2015) und dem Zwischenbericht des IQTIG (IQTIG 2019d). Ebenso wurden den Teilnehmenden allgemeine Informationen zum IQTIG als unabhängiges Institut nach § 137a SGB V sowie zum methodischen Vorgehen des IQTIG bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die gesetzlich verpflichtende externe Qualitätssicherung vermittelt. Aufgrund der im März 2020 um sich greifenden Covid-19-Pandemie und der damit einhergehenden Kontaktbeschränkungen wurde das ursprünglich für den 13. März 2020 geplante zweite Treffen des Expertengremiums erst am 25. Juni 2020 unter strenger Einhaltung eines erarbeiteten Hygienekonzepts in den Räumlichkeiten des IQTIG abgehalten. 18 Expertinnen und Experten haben an dem hybriden Workshop teilgenommen, wobei 3 von ihnen sich digital hinzugeschaltet haben. Die Beratungen konnten an diesem Termin nicht beendet werden. Daher fand am 19. August 2020 ein vollständig digital durchgeführter Anschlusstermin statt, um diese abzuschließen. An diesem Termin nahmen 17 Mitglieder des Expertengremiums teil.

Das nächste, ebenfalls virtuelle Treffen am 29. Oktober 2020 hatte zum Ziel, die Expertise und Einschätzung der 18 Teilnehmenden hinsichtlich der Operationalisierung der Qualitätsindikatoren einzuholen. Mit einem Gremiumsmitglied, das am 29. Oktober verhindert war, wurde am 30. Oktober 2020 ein separates Telefonat geführt.

3.5.5 Vorgehen bei der Einschätzung der Qualitätsmerkmale durch das Expertengremium

Die Expertenkonsultation zur Entwicklung der Qualitätsindikatoren begann mit dem zweiten Treffen des Expertengremiums am 25. Juni 2020, unter Anwendung eines zweistufigen Verfahrens, das sich an den in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (IQTIG 2019b) formulierten Vorgaben orientiert und angelehnt ist an die RAND/UCLA-Appropriateness-Method (RAM). Im Vorfeld des Treffens wurden die Expertinnen und Experten gebeten, jedes Qualitätsmerkmal hinsichtlich der Eignungskriterien auf einer 9-stufigen Skala („von 1 = kein Verbesserungsbedarf

vertraulich

bis 9 = sehr hoher Verbesserungsbedarf“) einzuschätzen, wobei die Eignung eines dem Qualitätsmerkmal zugeordneten Kriteriums ab einem Punktwert von 7 gegeben ist (Fitch et al. 2001). Die in den „Methodischen Grundlagen“ festgelegten Kriterien „Potenzial zur Verbesserung“ und „Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer“ wurden verfahrensspezifisch um folgende Kriterien ergänzt:

- Unabhängigkeit von der spezifischen Diagnose
- Unabhängigkeit vom angewandten psychotherapeutischen Verfahren
- Anwendbarkeit des Qualitätsmerkmals für die Systemische Therapie

Konsens hinsichtlich der Bewertung wird angenommen, wenn mehr als 75 % der Expertinnen und Experten ein Kriterium als gegeben bewerten, d. h. ihm einen Punktwert ≥ 7 zuschreiben. Für die Vorabbewertung erhielten alle Expertinnen und Experten im Vorfeld des Treffens eine Beschreibung der Qualitätsmerkmale und der übergeordneten Qualitätsaspekte sowie deren Entwicklungshintergrund (Literaturrecherche, Fokusgruppen) per Mail zugesandt, mit der Bitte, eine Bewertung der Qualitätsmerkmale vorzunehmen und die bearbeiteten Unterlagen per Mail zurückzusenden.

Die Ergebnisse dienten als Moderationsinstrument für das Treffen des Expertengremiums, in dessen Rahmen alle Qualitätsmerkmale anhand der oben genannten Eignungskriterien ein zweites Mal und vor dem Hintergrund der beschriebenen Vorabbefragung ausführlich mit und zwischen den Gremiumsmitgliedern diskutiert wurden und in einem qualitativen Gruppenkonsens eine Gesamteinschätzung für die weitere Eignung der einzelnen Qualitätsmerkmale abgegeben wurde. Die protokollierten Ergebnisse der Diskussion wurden durch das IQTIG zusammenfassend aufbereitet, damit sie in den anschließenden Entwicklungsprozess der Qualitätsindikatoren einbezogen werden konnten.

Im Zuge des Treffens am 25. Juni 2020 konnte anhand des beschriebenen Vorgehens etwa die Hälfte der Qualitätsmerkmale ausführlich besprochen und konsentiert werden. Das dritte Treffen am 19. August 2020 wurde, einschließlich der postalischen Vorabbewertung, nach derselben Verfahrensweise durchgeführt, sodass die inhaltliche Diskussion der verbliebenen Qualitätsmerkmale mit diesem Termin abgeschlossen werden konnte. Im Rahmen des vierten Workshops am 29. Oktober 2020 wurde das Thema der Operationalisierung der zu diesem Zeitpunkt bestehenden Indikatorenentwürfe behandelt.

Auf Basis der Beratungen in den Treffen des Expertengremiums und in der Zusammenschau mit den Erkenntnissen aus den weiteren Wissensbeständen (Literaturrecherche, Fokusgruppen) wurde seitens des IQTIG entschieden, welche Qualitätsmerkmale bzw. Indikatorenentwürfe in den weiteren Entwicklungsprozess (in ggf. modifizierter Form) eingebunden und als Grundlage für die weitere Indikatorenentwicklung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* fortgeführt werden sollten. Die zentralen Einschätzungen der Expertinnen und Experten zu den Qualitätsmerkmalen sind im im Kapitel 5 dokumentiert.

vertraulich

3.6 Indikatorenentwicklung

Für die Entwicklung der Qualitätsindikatoren wurden für die selektierten Qualitätsaspekte des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells Qualitätsmerkmale abgeleitet und darauf aufbauend erste Indikatorenentwürfe entwickelt. Hierauf folgte die Operationalisierung der Entwürfe hin zu Qualitätsindikatoren und die abschließende Reflexion des Indikatorensets. Das Vorgehen ist in Abbildung 3 schematisch dargestellt. Parallel hierzu wurde die Entwicklung einer Patientenbefragung vom G-BA beauftragt, die gesondert entwickelt wird und nicht Gegenstand des vorliegenden Berichts ist.

Abbildung 3: Entwicklungsschritte vom Qualitätsmodell bis zum Qualitätsindikatorenset

Für den Entwicklungsprozess der Qualitätsindikatoren wurde das IQTIG durch ein Expertengremium unterstützt. Der Auswahlprozess der Expertinnen und Experten ist umfassend im Abschnitt 3.5.3 dargestellt. Der Einbezug von Expertinnen und Experten erfolgte gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG. Die Expertinnen und Experten wurden jeweils am Ende der Entwicklungsschritte „Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich ihres Verbesserungsbedarfes und -potenzials“, „Operationalisierung der Indikatorenentwürfe“ sowie der abschließenden Reflexion des gesamten Sets an Qualitätsindikatoren einbezogen (Kapitel 6). Das Expertengremium hat bei allen Entwicklungsschritten eine beratende Funktion für das IQTIG. Die Empfehlungen des Gremiums werden vom IQTIG nach jedem Treffen aufgearbeitet, geprüft und bewertet. Das Expertengremium ist somit eine unter verschiedenen Informationsquellen, die das IQTIG bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren nutzt, wobei die finalen Entscheidungen zu jedem Zeitpunkt der Entwicklung in der Verantwortung des IQTIG liegen. Der Entwicklungsprozess ist in nachfolgender Abbildung 4 dargestellt.

Vertraulich

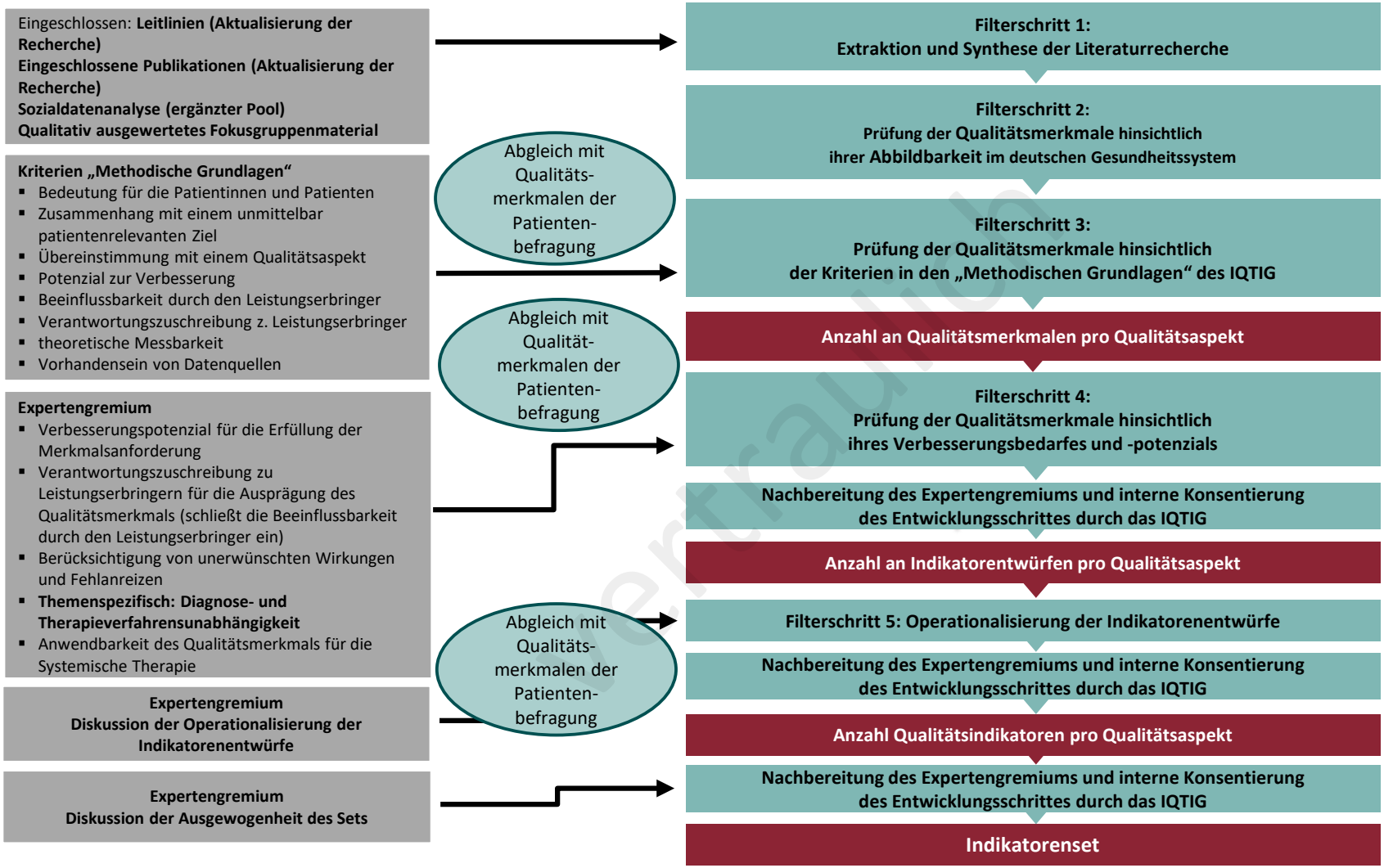


Abbildung 4: Ablauf der Indikatorenentwicklung

Ableitung der Qualitätsmerkmale

Ausgehend vom Qualitätsmodell werden in einem ersten Schritt auf Basis der unterschiedlichen Informationsquellen mit der bestverfügbaren Evidenz patientenrelevante Qualitätsmerkmale identifiziert, die wichtige Teile des jeweiligen Qualitätsaspekts abbilden. Diese Qualitätsmerkmale beziehen sich auf begründete Qualitätsanforderungen an die deutsche Versorgungspraxis (Prozess, Ergebnis), die im Verfahren der gesetzlichen Qualitätssicherung überprüft werden sollen. Hierfür werden, bezogen auf die konkreten Qualitätsaspekte, Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien (S3, S2e) extrahiert sowie die Ergebnisse der sowohl systematisch als auch orientierend recherchierten Literatur herangezogen, um zusammen mit den Ergebnissen der Fokusgruppen in einem Syntheseprozess Qualitätsmerkmale abzuleiten und diese den einzelnen Qualitätsaspekten zuzuordnen (IQTIG 2019b: 60). Darüber hinaus werden für die Qualitätsmerkmale, anhand der dem IQTIG zur Verfügung stehenden anonymisierten Sozialdaten – sofern entsprechende GOPs vorhanden sind – Analysen hinsichtlich eines bestehenden Verbesserungspotenzials durchgeführt.

Die Qualitätsmerkmale werden zudem auf Basis verschiedener Informationsquellen hinsichtlich folgender Eignungskriterien gemäß den „Methodischen Grundlagen“ geprüft (IQTIG 2019b):

- Bedeutung für die Patientinnen und Patienten
- Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel
- Übereinstimmung mit einem Qualitätsaspekt
- Potenzial zur Verbesserung
- Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer
- Zuschreibbarkeit der Verantwortung

Am Ende der Konkretisierung der Qualitätsmerkmale werden die Qualitätsmerkmale dem beratenden Expertengremium (siehe Abschnitte 5.1.2 bis 5.6.2) zur Diskussion und Bewertung vorgelegt bezüglich (IQTIG 2019b):

- **Potenzial zur Verbesserung**
  Es handelt sich um ein Qualitätsmerkmal, für das Potenzial zur Verbesserung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter psychotherapeutischer Behandlung gemäß Psychotherapie-Richtlinie vorliegt.
- **Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer**
  Es handelt sich um ein Qualitätsmerkmal, das dem adressierten Leistungserbringer (ärztliche/r oder Psychologische/r Psychotherapeut/in in einer Praxis oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)) verantwortlich zugeschrieben werden kann.

<u>Themenspezifisch wurden folgende Kriterien für die Diskussion und Bewertung ergänzt:</u>

- **Unabhängigkeit von der spezifischen Diagnose**
  Es handelt sich um ein Qualitätsmerkmal, das für alle Diagnosen des QS-Verfahrens (ICD-10-GM F06.- bis F69 und F80.- bis F99) gleichermaßen gilt.

vertraulich

- **Unabhängigkeit vom angewandten psychotherapeutischen Verfahren**
  Es handelt sich um ein Qualitätsmerkmal, das für die Therapieverfahren gemäß Psychotherapie-Richtlinie (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie) gleichermaßen gilt.
- **Anwendbarkeit des Qualitätsmerkmals für die Systemische Therapie**
  Da sich die Informationsquellen, die für die Erstellung des Qualitätsmodells und die Ableitung der Merkmale zur Verfügung standen, inhaltlich noch nicht auf die später in die Richtlinie aufgenommene Systemische Therapie beziehen, muss dies gesondert geprüft werden.

Zudem sollten die Expertinnen und Experten im Rahmen des entsprechenden Treffens Stellung nehmen, inwieweit mögliche unerwünschte Wirkungen oder Fehlanreize gegen eine Verwendung der Qualitätsmerkmale in der gesetzlichen Qualitätssicherung sprechen und welche Risikofaktoren potenziell zu berücksichtigen sind.

Operationalisierung der Qualitätsmerkmale

Nach der Aufbereitung der Rückmeldungen des Expertengremiums zu den abgeleiteten Qualitätsmerkmalen und abschließender Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich der o. g. Eignungskriterien werden im zweiten Entwicklungsschritt die abgeleiteten Qualitätsmerkmale zu Entwürfen von Qualitätsindikatoren operationalisiert. Die Operationalisierung orientiert sich dabei an den Eignungskriterien des Messverfahrens (Objektivität, Reliabilität, Datenqualität, Validität und Praktikabilität) (IQTIG 2019b: 62; 143-147). Als Erhebungsinstrument steht beauftragungsbedingt die fallbezogene QS-Dokumentation zur Verfügung, um die jeweiligen Qualitätsmerkmale abzubilden. Die Operationalisierung eines Qualitätsmerkmals über die zur Verfügung stehende Datenquelle der fallbezogenen QS-Dokumentation erfordert insbesondere (IQTIG 2019b: 63):

- Datenfelder für einzelne Angaben, wie z. B. Patientenmerkmale, Befunde, Untersuchungsergebnisse sowie die Regeln zur Verknüpfung
- präzise und verständliche Beschriftungen für Auswahl- und (alpha-)numerische Eingabefelder sowie für die Bezeichnungen der Antwortalternativen in Auswahlfeldern
- den zu erfassenden Bereich vollständig abdeckende und disjunkte Alternativen eines Auswahlfeldes
- Erfassung manifester Merkmale oder beim Leistungserbringer vorliegender Versorgungsdaten, z. B. direkt beobachtbare Patientenmerkmale sowie Befunde, die unmittelbar dem Praxisinformationssystem oder der Patientenakte entnommen werden können

Die Entwicklung sozialdatenbasierter Indikatoren, also eine Operationalisierung mittels Abrechnungsziffern, kam aufgrund fehlender spezifischer GOPs nicht in Betracht.

Darüber hinaus gehört zur Operationalisierung eines Qualitätsmerkmals zu einem Qualitätsindikator der Vorschlag für einen angemessenen Referenzbereich (IQTIG 2019b). Des Weiteren werden ggf. bei der Risikoadjustierung zu berücksichtigende Faktoren identifiziert.

vertraulich

Am Ende dieses Entwicklungsschrittes wird wieder das Expertengremium beratend einbezogen, um die Entwürfe der Qualitätsindikatoren hinsichtlich der Operationalisierung (z. B. Verständlichkeit der vorgesehenen Datenfelder, Inhaltsvalidität, Notwendigkeit von erläuternden Ausfüllhinweisen) zu überprüfen und ggf. Anpassungen vorzunehmen. Des Weiteren werden die bei der Risikoadjustierung zu berücksichtigenden Faktoren thematisiert und die Angemessenheit der vorgeschlagenen Referenzbereiche mit den Expertinnen und Experten diskutiert (IQTIG 2019b).

Bei allen beschriebenen Entwicklungsschritten fand regelmäßig ein Abgleich mit den Ergebnissen der parallel zu entwickelnden Patientenbefragung statt, um inhaltliche Überschneidungen und Unschärfen zwischen den späteren Indikatoren der beiden Erhebungsinstrumente zu vermeiden.

3.7 Beteiligungsverfahren

Für die Entwicklung von indikatorbasierten QS-Verfahren erhält das IQTIG, verpflichtend gemäß § 137a Abs. 7 SGB V, neben dem Einbezug eines Expertengremiums auch mittels eines Beteiligungsverfahrens externe Fachexpertise. Im Rahmen dessen sind die folgenden Organisationen und Institutionen zu einer schriftlichen Stellungnahme aufzufordern:

- Kassenärztlichen Bundesvereinigungen
- Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen
- Verband der Privaten Krankenversicherung
- Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer und Bundespsychotherapeutenkammer
- Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe
- wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften
- Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung
- die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene
- der oder die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten
- zwei von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zu bestimmende Vertreterinnen und Vertreter
- Bundesoberbehörden im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, soweit ihre Aufgabenbereiche berührt sind

Ziel ist es, eine möglichst umfassende Beurteilung der zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Entwicklungsergebnisse einzuholen, um so die Sachkenntnis der zu Beteiligenden in die fachliche Entwicklungsarbeit einbinden zu können. Darüber hinaus wird auch den Mitgliedern des projektbezogenen Expertengremiums die Möglichkeit zu einer persönlichen Stellungnahme gegeben.

Nach Abschluss der Verfahrensentwicklung werden die Ergebnisse in einem Vorbericht für das schriftliche Beteiligungsverfahren zusammengefasst. In diesem werden zum einen der Entwicklungsprozess und das vorgesehene Qualitätsindikatorenset dargelegt. Zum anderen enthält der

vertraulich

Vorbericht Ausführungen und Informationen zur Umsetzung des QS-Verfahrens (IQTIG 2019b). Den zu Beteiligenden wird nach vorheriger Ankündigung vertraulich der Vorbericht übermittelt, zu dem innerhalb von 6 Wochen eine schriftliche Stellungnahme eingereicht werden kann. Um an dem Beteiligungsverfahren teilnehmen zu können, muss im Vorhinein eine Vertraulichkeitserklärung ausgefüllt und dem IQTIG übermittelt werden. Für die Entwicklung der dokumentationsbasierten Indikatoren des QS-Verfahrens zur ambulanten Psychotherapie findet das Beteiligungsverfahren vom 22. März bis zum 02. Mai 2021 statt. Der entsprechende Aufruf zur Teilnahme erfolgte seitens des IQTIG Ende Dezember 2020.

Mit Fristende gingen 19 Stellungnahmen von verschiedenen Institutionen, Fachgesellschaften und Berufsverbänden sowie den Trägerorganisationen des G-BA ein. Zudem hatte das IQTIG den Mitgliedern des beratenden Expertengremiums die Möglichkeit zur Stellungnahme eingeräumt. Von den Expertinnen und Experten wurden 8 Stellungnahmen übermittelt.

Die eingegangenen Stellungnahmen wurden nach Ende des Beteiligungszeitraums durch das IQTIG aufbereitet und die darin vorgebrachten Argumente und Hinweise fachlich geprüft. Ergab sich aus ihnen ein begründeter Anpassungsbedarf der Entwicklungsergebnisse, so wurde dieser vorgenommen. Mit Veröffentlichung des Abschlussberichts werden auch die eingegangenen Stellungnahmen sowie deren schriftliche Würdigung durch das IQTIG veröffentlicht (IQTIG 2019b).

vertraulich

4 Grundgesamtheit des QS-Verfahrens

In diesem Kapitel werden zum einen die in das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* eingeschlossenen Patientinnen und Patienten, Diagnosen, Leistungen sowie Leistungserbringer dargestellt. Zum anderen werden Informationen zur Zielgruppe der Patientinnen und Patienten des QS-Verfahrens sowie zum Versorgungsgeschehen aus den hochgerechneten Sozialdaten einer Krankenkasse und aus Abrechnungsdaten der KBV berichtet. Daneben werden auch Angaben zur Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die vom QS-Verfahren adressierten Leistungserbringer, differenziert nach Fachgruppencode, dargestellt.

Die Definition der Zielgruppe basiert auf der Konkretisierung der Diagnosegruppen über die Klassifikation gemäß ICD-10-GM. Das QS-Verfahren adressiert Patientinnen und Patienten, die im Rahmen einer Richtlinien-Psychotherapie im Einzelsetting aufgrund einer Diagnose F06.- bis F69 und F80.- bis F99 behandelt wurden (Tabelle 2). Charakteristika der Patientinnen und Patienten mit ausschließlich einer Probatorik, psychotherapeutischen Sprechstunde oder Akutbehandlung werden nicht berichtet.

4.1 Adressiertes Patientenkollektiv

Entsprechend der Beauftragung sind in das zukünftige QS-Verfahren **alle volljährigen Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren** eingeschlossen, die gesetzlich krankenversichert sind. Eine ausführlichere Charakteristik dieser Patientinnen und Patienten findet sich in Abschnitt 4.6.

4.2 Eingeschlossene Diagnosen

Da gemäß der Beauftragung ein diagnoseunabhängiges QS-Verfahren zu entwickeln ist, werden alle F-Diagnosen nach ICD-10-GM, die entsprechend § 27 Psychotherapie-Richtlinie eine Indikation für eine Psychotherapie darstellen, durch das QS-Verfahren adressiert. Hierzu gibt Tabelle 2 einen Überblick.

Tabelle 2: In das QS-Verfahren eingeschlossene Diagnosen nach ICD-10-GM

Gruppe	Schlüssel	Diagnose
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)	F06.-	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
	F07.-	Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns
	F09	Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung
	F10.-	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
	F11.-	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide

vertraulich

Gruppe	Schlüssel	Diagnose
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)	F12.-	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
	F13.-	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika
	F14.-	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain
	F15.-	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein
	F16.-	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene
	F17.-	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak
	F18.-	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel
	F19.-	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen
Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20-F29)	F20.-	Schizophrenie
	F21	Schizotype Störung
	F22.-	Anhaltende wahnhafte Störungen
	F23.-	Akute vorübergehende psychotische Störungen
	F24	Induzierte wahnhafte Störung
	F25.-	Schizoaffektive Störungen
	F28	Sonstige nichtorganische psychotische Störungen
	F29	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose
Affektive Störungen (F30-F39)	F30.-	Manische Episode
	F31.-	Bipolare affektive Störung
	F32.-	Depressive Episode
	F33.-	Rezidivierende depressive Störung
	F34.-	Anhaltende affektive Störungen
	F38.-	Andere affektive Störungen
	F39	Nicht näher bezeichnete affektive Störung

vertraulich

Gruppe	Schlüssel	Diagnose
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	F40.-	Phobische Störungen
	F41.-	Andere Angststörungen
	F42.-	Zwangsstörung
	F43.-	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
	F44.-	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]
	F45.-	Somatoforme Störungen
	F48.-	Andere neurotische Störungen
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)	F50.-	Essstörungen
	F51.-	Nichtorganische Schlafstörungen
	F52.-	Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit
	F53.-	Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert
	F54	Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
	F55.-	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen
	F59	Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	F60.-	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
	F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
	F62.-	Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns
	F63.-	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
	F64.-	Störungen der Geschlechtsidentität
	F65.-	Störungen der Sexualpräferenz
	F66.-	Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung
	F68.-	Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
	F69	Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung

Vertraulich

Gruppe	Schlüssel	Diagnose
Entwicklungsstörungen (F80-F89)	F80.-	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache
	F81.-	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
	F82.-	Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen
	F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen
	F84.-	Tief greifende Entwicklungsstörungen
	F88	Andere Entwicklungsstörungen
	F89	Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)	F90.-	Hyperkinetische Störungen
	F91.-	Störungen des Sozialverhaltens
	F92.-	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
	F93.-	Emotionale Störungen des Kindesalters
	F94.-	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
	F95.-	Ticstörungen
	F98.-	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99-F99)	F99	Psychische Störung ohne nähere Angabe

vertraulich

4.3 Ausgeschlossene Diagnosen

Die in Tabelle 3 aufgelisteten Diagnosen sind für dieses Verfahren nur dann ausgeschlossen, wenn ausschließlich eine der genannten Diagnosen codiert wurde. Der Ausschluss der Diagnosegruppen F.0x (Demenzen) und F.7x (Intelligenzminderungen) begründet sich dadurch, dass die Hauptdiagnose nicht primär durch Psychotherapie behandelt oder gebessert werden kann. Liegt jedoch eine weitere Diagnose der Einschlussdiagnosen (Tabelle 2, Anhang B.2), für die eine Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung besteht, vor, sind auch diese Patientinnen und Patienten in das QS-Verfahren eingeschlossen.

Tabelle 3: Ausgeschlossene Diagnosen

Diagnosen	F00.-*	Demenz bei Alzheimer-Krankheit (G30.-†)
	F01.-	Vaskuläre Demenz
	F02.-*	Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
	F03	Nicht näher bezeichnete Demenz
	F04	Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
	F05.-	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
	F70.-	Leichte Intelligenzminderung
	F71.-	Mittelgradige Intelligenzminderung
	F72.-	Schwere Intelligenzminderung
	F73.-	Schwerste Intelligenzminderung
	F74.-	Dissoziierte Intelligenz
	F78.-	Andere Intelligenzminderung
	F79.-	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung

vertraulich

4.4 Eingeschlossene Leistungen

Das QS-Verfahren fokussiert auftragsgemäß die Richtlinien-Psychotherapie im Einzelsetting und ist therapieverfahrensunabhängig auszurichten. Daher sind alle GOPs für Einzelbehandlung in den Psychotherapie-Verfahren der Psychotherapie-Richtlinie in das zukünftige QS-Verfahren eingeschlossen (Tabelle 3). QS-pflichtig sind die im jeweiligen Jahr (Indexjahr) abgeschlossenen Therapien. Nicht eingeschlossen sind die Akutbehandlung, die Sprechstunde und der alleinige Erhalt von probatorischen Sitzungen. Ebenfalls nicht eingeschlossen sind die Gruppen- und Kombinationstherapien. Der Einschluss der Systemischen Therapie für die Indikatoren der fallbezogenen Dokumentation wird empfohlen, bedarf aber noch einer Beratung und Entscheidung des G-BA.

Tabelle 3: Für die dokumentationsbasierten Indikatoren eingeschlossene GOPs (Einzelsetting). Die systemische Therapie ist ausgegraut, da die Entscheidung über ihren Einschluss noch nicht feststeht

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie			**Analytische Psychotherapie**			**Verhaltenstherapie**			**Systemische Therapie**		
KZT 1	**KZT 2**	**LZT**	**KZT 1**	**KZT 2**	**LZT**	**KZT 1**	**KZT 2**	**LZT**	**KZT 1**	**KZT 2**	**LZT**
35401	35402	35405	35411	35412	35415	35421	35422	35425	35431	35432	35435

4.5 Adressierte Leistungserbringer

Das QS-Verfahren adressiert alle ambulanten, niedergelassenen Leistungserbringer, einschließlich MVZ, die in Deutschland im Rahmen des GKV-Systems Richtlinien-Psychotherapie erbringen und abrechnen dürfen. Nicht eingeschlossen sind dagegen Leistungen der Psychiatrischen Instituts- und der Hochschulambulanzen. Eine Übersicht ist Tabelle 4 zu entnehmen.

Tabelle 4: In das QS-Verfahren eingeschlossene Leistungserbringer (Fachgruppencodes)

Fachgruppencode	Leistungserbringer
68	Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut
51	Fachärztin/Facharzt Nervenheilkunde; obsolet Fachärztin/Facharzt Neurologie und Psychiatrie; obsolet Fachärztin/Facharzt Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie; kammerindividuell; obsolet
58	Fachärztin/Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie Fachärztin/Facharzt Psychiatrie; obsolet Schwerpunkt Geriatrie (Psychiatrie)
60	Fachärztin/Facharzt Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Fachärztin/Facharzt Psychotherapeutische Medizin; obsolet Fachärztin/Facharzt Psychotherapie; neue Bundesländer, obsolet
61	psychotherapeutisch tätige Ärztin / psychotherapeutisch tätiger Arzt (Zusatzbezeichnung)

4.6 Beschreibung der Patientinnen und Patienten

Die weitere Charakterisierung der Patientinnen und Patienten erfolgt separat für die einzelnen Behandlungsformen einer ambulanten Psychotherapie und ist in Anlehnung an den Versorgungspfad mit psychotherapeutischer Sprechstunde, probatorischen Sitzungen, Richtlinien-Psychotherapie und Rezidivprophylaxe dargestellt.[18] Die zugrunde liegenden Definitionen für die eigenen Berechnungen auf Basis der Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse, die dem IQTIG vorliegen, oder der von der KBV bereitgestellten Zahlen, können Abschnitt 3.4 entnommen werden.

[18] Anhand eines vorliegenden Pools mit Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse wurde eine explorative Analyse für die Entwicklung der dokumentationsbasierten Indikatoren sowie für die Entwicklung der Indikatoren, die auf einer Patientenbefragung basieren, vorgenommen, da die Ergebnisse für das gemeinsame Indikatorenset des zukünftigen QS-Verfahrens eine identische Bedeutung haben. Die folgenden Abschnitte wurden daher teilweise bereits im Zwischenbericht zur Entwicklung einer Patientenbefragung (IQTIG 2020) dargestellt und für diesen Bericht aktualisiert.

vertraulich

Psychotherapeutische Sprechstunde

Im Jahr 2018 wurde, gemäß den von der KBV bereitgestellten Zahlen, für 1.165.785 Patientinnen und Patienten mindestens einmal eine GOP für die psychotherapeutische Sprechstunde abgerechnet (GOP 35151). Auf Basis der Sozialdaten einer Krankenkasse kann zudem festgestellt werden, dass im Auswertungszeitraum vom 01. Juli 2017 bis zum 30. Juni 2018 etwa 28 % der Patientinnen und Patienten mit einer psychotherapeutischen Sprechstunde auch eine Richtlinien-Psychotherapie erhielten.

Probatorik

Auf Basis der KBV-Zahlen lässt sich für das Jahr 2018 zeigen, dass bei 634.133 Patientinnen und Patienten von ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mindestens einmal die GOP für eine probatorische Sitzung abgerechnet wurde (GOP 35150). Aus den Analysen der Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse kann abgeschätzt werden, dass ca. 19,5 % der Patientinnen und Patienten mit einer Akutbehandlung eine Richtlinien-Psychotherapie und damit – gemäß § 13 Abs. 5 Psychotherapie-Richtlinie – zuvor mindestens zwei probatorische Sitzungen in Anspruch nahmen.

Richtlinien-Psychotherapie

Aus Hochrechnungen auf Basis der Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse geht hervor, dass im Auswertungszeitraum 1.388.381 Patientinnen und Patienten eine Richtlinien-Psychotherapie in Einzelbehandlung in Anspruch genommen haben.[19] Tabelle 5 zeigt deren Verteilung auf die psychotherapeutischen Verfahren im Einzelsetting sowie den entsprechenden Anteil an der Gesamtheit aller psychotherapeutischen Behandlungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie, einschließlich der Gruppentherapien und der weiteren Behandlungsformen (Probatorik, psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung).

Tabelle 5: Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die einzeltherapeutischen Behandlungen in Kurz- und Langzeittherapie und Anteil an Gesamtheit der Behandlungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie für den Zeitraum 1. Juli 2017 bis 30. Juni 2018

Therapieverfahren	Anzahl Patientinnen und Patienten	Anteil an allen Behandlungen
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (KZT 1)	252.507	10,3 %
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (KZT 2)	223.401	9,1 %
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (LZT)	200.906	8,2 %
Analytische Psychotherapie (KZT 1)	8.573	0,4 %
Analytische Psychotherapie (KZT 2)	5.002	0,2 %
Analytische Psychotherapie (LZT)	70.989	2,9 %

[19] Die Definition der Datenbasis ist in Abschnitt 3.4 dargestellt.

vertraulich

Therapieverfahren	Anzahl Patientinnen und Patienten	Anteil an allen Behandlungen
Verhaltenstherapie (KZT 1)	421.697	17,2 %
Verhaltenstherapie (KZT 2)	343.551	14,0 %
Verhaltenstherapie (LZT)	288.549	11,8 %

Quelle: eigene Berechnungen des IQTIG aus Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse; nach Hochrechnung: N = 1.388.381 Patientinnen und Patienten

Anhand derselben Hochrechnungen kann zudem das Verhältnis der im Auswertungszeitraum als Einzeltherapien durchgeführten psychotherapeutischen Behandlungen, gegliedert in die einzelnen Therapieverfahren gemäß Psychotherapie-Richtlinie, zur Gesamtheit der im selben Zeitraum durchgeführten Gruppentherapien dargestellt werden (Abbildung 5). Mehr als die Hälfte (53,5 %) der Patientinnen und Patienten nahmen eine Verhaltenstherapie als einzeltherapeutische Kurz- oder Langzeittherapie in Anspruch. 34,4 % der Patientinnen und Patienten wurden im Rahmen einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie im Einzelsetting behandelt, während 4,3 % eine analytische Psychotherapie als Kurzzeit- oder Langzeittherapie in Anspruch nahmen. Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie oder Verhaltenstherapie im Gruppensetting beanspruchten, liegt bei 7,8 %. In diesem QS-Verfahren werden die Psychotherapien im Gruppensetting jedoch nicht berücksichtigt.

vertraulich

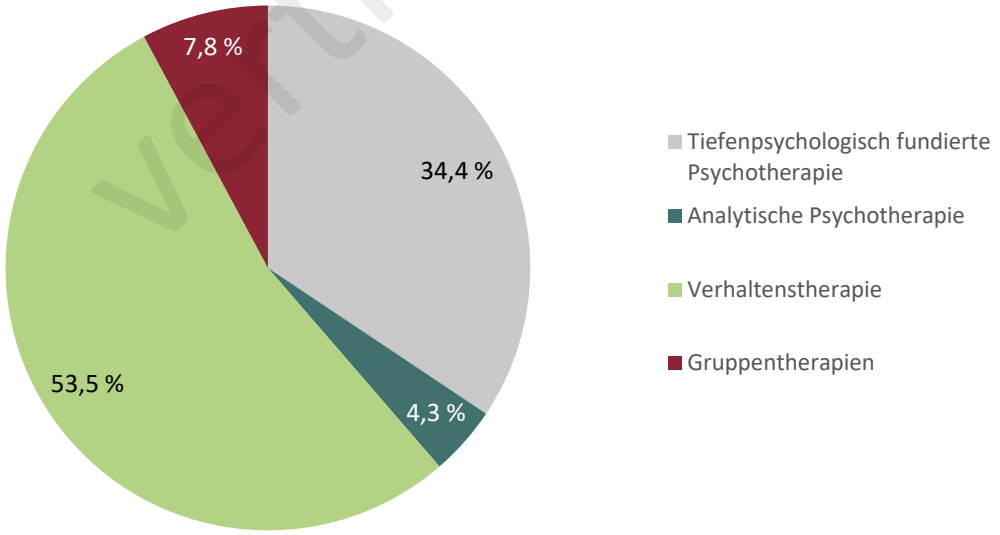


Abbildung 5: Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die einzeltherapeutischen Behandlungen in Kurz- und Langzeittherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie im Verhältnis zur Gesamtheit der gruppentherapeutischen Behandlungen

Quelle: eigene Berechnungen des IQTIG aus Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse; nach Hochrechnung: N = 1.388.381 Patientinnen und Patienten

Für das gesamte Jahr 2018 kann auch auf Grundlage der von der KBV bereitgestellten Zahlen die Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die Therapieverfahren berichtet werden (Tabelle 6). Auch hier wurden nur Patientinnen und Patienten in die Auswertung aufgenommen, für die im Jahr 2018 mindestens einmal eine entsprechende GOP für eine Richtlinien-Psychotherapie von den Leistungserbringern abgerechnet wurde.

Tabelle 6: Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen im Jahr 2018 mindestens einmal eine GOP für eine Richtlinien-Psychotherapie abgerechnet wurde

Therapieverfahren	**KZT 1**		**KZT 2**		**LZT**	
	GOP	**Anzahl**	**GOP**	**Anzahl**	**GOP**	**Anzahl**
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	35401	214.953	35402	181.715	35405	167.764
Analytische Psychotherapie	35411	8.588	35412	6.023	35415	56.828
Verhaltenstherapie	35421	368.363	35422	286.518	35425	237.929

Quelle: KBV 2019

Es wird deutlich, dass die meisten Patientinnen und Patienten im Rahmen einer Verhaltenstherapie behandelt wurden. Diese Patientinnen und Patienten befanden sich am häufigsten in einer KZT. Ein ähnliches Muster zeigt sich auch bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Im Vergleich zur Verhaltenstherapie und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie liegen bei der analytischen Psychotherapie zum einen deutlich geringere Behandlungszahlen vor. Zum anderen wurden die meisten Patientinnen und Patienten mit analytischer Psychotherapie in einer LZT behandelt. Zur weiteren Charakterisierung der Patientinnen und Patienten in ambulanter Richtlinien-Psychotherapie können eigene Analysen des IQTIG der Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse herangezogen werden. Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten mit einer Richtlinien-Psychotherapie lag im Auswertungszeitraum der Sozialdaten bei 47 Jahren (SD = 14 Jahre). Abbildung 6 zeigt, dass 14,8 % der Patientinnen und Patienten 18–29 Jahre alt waren, 21,1 % waren 30–39 Jahre, 22,2 % waren 40–49 Jahre und rund 28 % der Patientinnen und Patienten waren 50–59 Jahre alt. Patientinnen und Patienten über 60 Jahren wurden relativ selten im Rahmen einer Richtlinien-Psychotherapie behandelt. 10,9 % der Patientinnen und Patienten waren 60–69 Jahre, 2,6 % waren 70–79 Jahre und 0,5 % waren 80 Jahre alt oder älter.

vertraulich

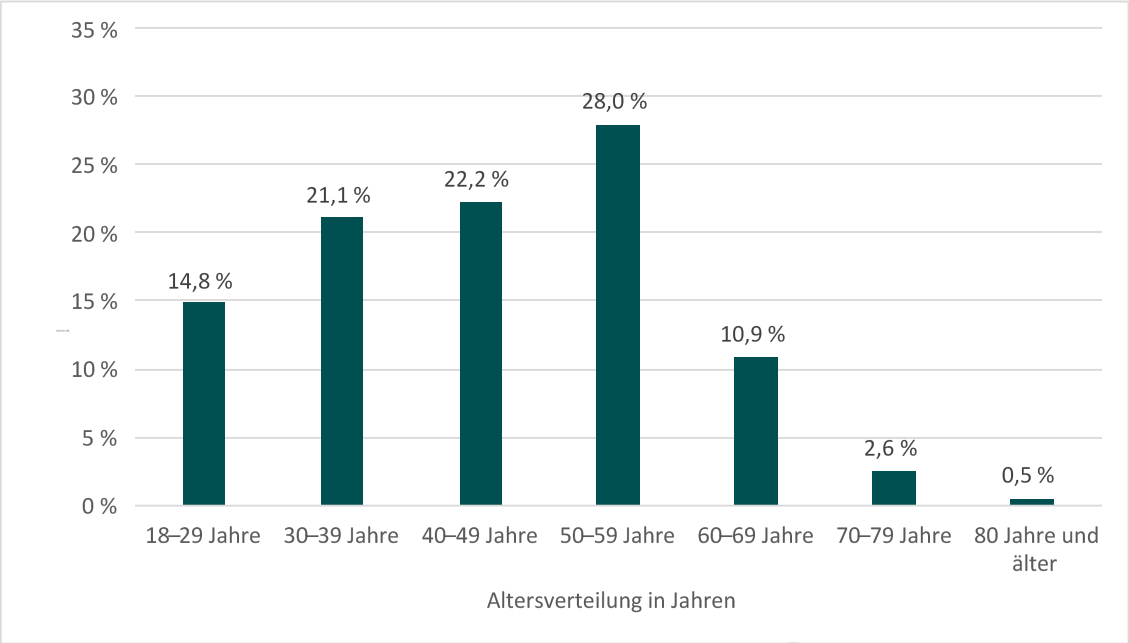


Abbildung 6: Altersverteilung der Patientinnen und Patienten mit Richtlinien-Psychotherapie für den Zeitraum 1. Juli 2017 bis 30. Juni 2018

Quelle: eigene Berechnungen des IQTIG aus Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse; nach Hochrechnung: N = 1.388.381 Patientinnen und Patienten

Zusätzlich zu den demografischen Charakteristika können auf Basis der Sozialdaten auch Informationen bezüglich der Verteilung der Diagnosegruppen der Patientinnen und Patienten berichtet werden. In Tabelle 7 sind die fünf häufigsten Diagnosegruppen aufgeführt.

Tabelle 7: Die fünf häufigsten codierten Diagnosegruppen nach ICD-10-GM von Patientinnen und Patienten in Richtlinien-Psychotherapie (inklusive Komorbiditäten)

ICD-10-GM	Anteil an Patientinnen und Patienten
F43.- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	31,3 %
F32.- Depressive Episode	30,0 %
F33.- Rezidivierende depressive Störung	27,1 %
F41.- Andere Angststörungen	17,5 %
F45.- Somatoforme Störungen	9,9 %

Quelle: eigene Berechnungen des IQTIG aus Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse; nach Hochrechnung: N = 1.388.381 Patientinnen und Patienten

Auf Basis der Analyse der Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse ist ersichtlich, dass 34,6 % der Versicherten, die bei einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten behandelt wurden, auch bei einer Fachärztin oder einem Facharzt

vertraulich

für psychische Erkrankungen (Fachgruppencodes 51, 58, 60, 61) in Behandlung waren. Der hohe Anteil an Versicherten mit Kontakt zu einer ambulanten Fachärztin oder einem ambulanten Facharzt kann so interpretiert werden, dass ggf. eine medikamentöse Behandlung parallel zur Psychotherapie bei der Psychologischen Psychotherapeutin oder bei dem Psychologischen Psychotherapeuten erfolgte. Eine weitere Erklärung kann in diesem Kontext die psychiatrische Behandlung von möglichen Komorbiditäten sein. Einschränkend ist jedoch anzumerken, dass die zugrundeliegenden Daten keine exakte zeitliche Interpretation zulassen. Dies bedeutet, dass der Kontakt vor Beginn oder erst nach Beendigung einer Psychotherapie bei einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten erfolgt sein kann. Für einen Teil der Versicherten findet mit der fachärztlichen Kontaktaufnahme somit ggf. eine Anschlussbehandlung an die Psychotherapie statt.

Rezidivprophylaxe

Auf Basis der von der KBV bereitgestellten Zahlen wird deutlich, dass bei 9.933 Patientinnen und Patienten im Jahr 2018 eine GOP für eine Rezidivprophylaxe (GOP 35405R, 35415R, 35425R) abgerechnet wurde. Eine Rezidivprophylaxe erfolgte am häufigsten bei einer Verhaltenstherapie und am seltensten im Rahmen einer analytischen Psychotherapie. Die KBV wies erläuternd zu ihren bereitgestellten Zahlen darauf hin, dass möglicherweise regionale Unterschiede in der Kodierung vorliegen, sodass die Angaben nur unter Vorbehalt zu interpretieren seien.

4.7 Beschreibung der ambulanten Leistungserbringer

Im Jahr 2020 gab es laut KBV 29.731 Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (Fachgruppencode 68), die Patientinnen und Patienten ambulant behandelten. Des Weiteren wurden insgesamt 6.141 ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (Fachgruppencodes 51, 58, 60, 61) erfasst. In das zukünftige QS-Verfahren werden demnach perspektivisch über 36.000 Leistungserbringer eingeschlossen sein.

Im Jahr 2018 waren 1.040 ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (mit den Fachgruppencodes 51, 58, 60, 61, 68) in 309 MVZ tätig.

Verteilung von Patientinnen und Patienten auf die Leistungserbringer

Auf Basis der von der KBV zur Verfügung gestellten Zahlen lässt sich zeigen, dass im Jahr 2018 die meisten Leistungserbringer eine eher geringe Anzahl von Patientinnen und Patienten behandelten. Abbildung 7 zeigt dies für die Praxen von ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Die Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die MVZ ist in Abbildung 8 dargestellt.

vertraulich

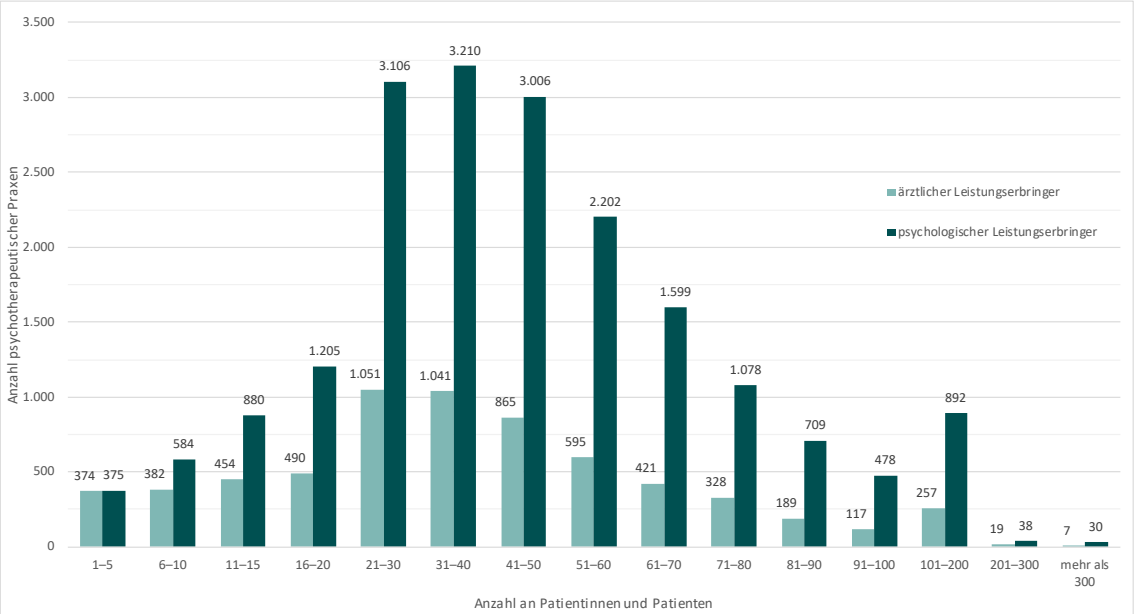


Abbildung 7: Anzahl an psychotherapeutischen Praxen, aufgeteilt nach der Anzahl der dort jeweils behandelten Patientinnen und Patienten für das Jahr 2018 (Quelle: KBV 2019)

Abbildung 7 kann entnommen werden, dass Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Jahr 2018 mehr Patientinnen und Patienten pro psychotherapeutischer Praxis behandelt haben als ihre ärztlichen Kolleginnen und Kollegen. Hochgerechnet versorgten in dem Jahr insgesamt 1.700 (25,8 %) der ärztlichen psychotherapeutischen Praxen sowie 3.044 Praxen Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (15,7 %) 20 oder weniger Patientinnen und Patienten. Der Median für ärztliche psychotherapeutischen Praxen liegt bei 31–40 Patientinnen und Patienten, während der Median für Praxen Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei 41–50 Patientinnen und Patienten liegt. Die Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die Leistungserbringer ist für die Entwicklung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* relevant, um die späteren Fallzahlen für das QS-Verfahrens abschätzen zu können. Berücksichtigt werden muss, dass die Anzahl der in einem Jahr abgeschlossenen Psychotherapien geringer sein wird als die Anzahl der in Behandlung befindlichen Patientinnen und Patienten, da sich eine Richtlinien-Psychotherapie über mehr als ein Jahr erstrecken kann. Die Identifikation des Therapieendes anhand spezifischer GOPs ist jedoch erst seit Juli 2020 möglich, sodass zum Entwicklungszeitpunkt diesbezüglich noch keine Analysen von Sozialdaten durchgeführt werden konnten und somit keine Aussagen getroffen werden können. Die Fallzahlen je Leistungserbringer können so erst in der weiteren Entwicklung im Rahmen einer Machbarkeitsprüfung oder auf Basis neuer Abrechnungsdaten berücksichtigt werden.

In Abbildung 8 ist die Anzahl der MVZ, aufgeteilt nach der Anzahl der dort jeweils behandelten Patientinnen und Patienten, für 2018 dargestellt. Der Median im Jahr 2018 liegt bei 51–60 Patientinnen und Patienten. Hierin wird deutlich, dass auch in Bezug auf die MVZ je Leistungserbringer eher eine geringe Anzahl an Patientinnen und Patienten behandelt wurde. So wurden in 43 MVZ (13,9 %) 20 oder weniger Patientinnen und Patienten versorgt.

Vertraulich

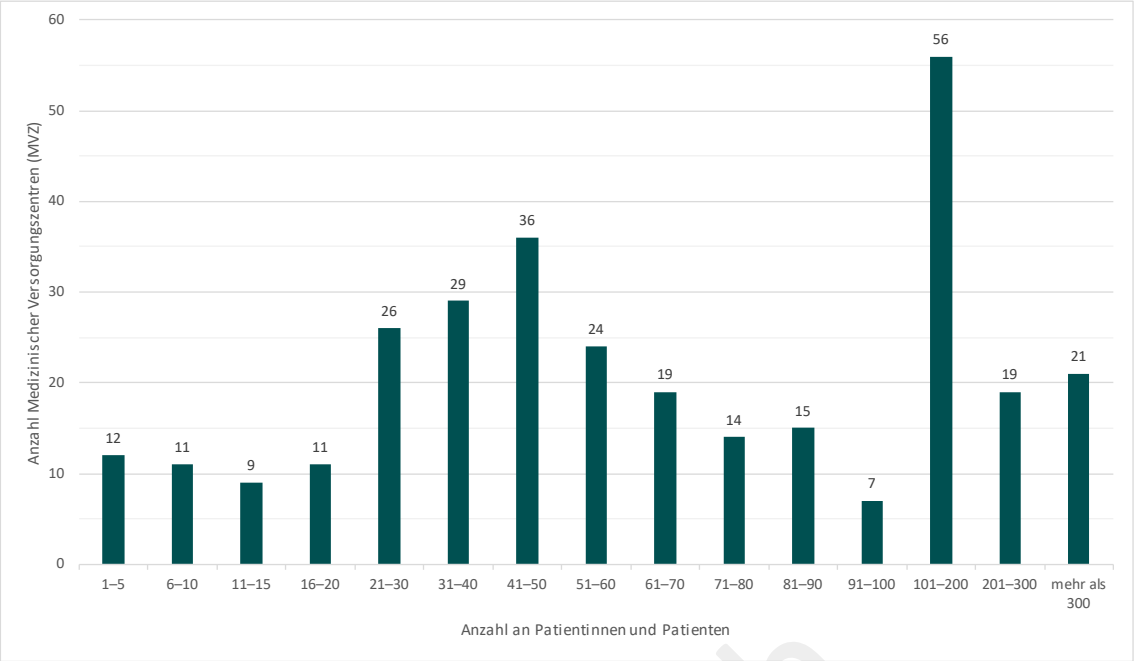


Abbildung 8: Anzahl an Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), aufgeteilt nach der Anzahl der dort jeweils behandelten Patientinnen und Patienten für das Jahr 2018 (Quelle: KBV 2019)

vertraulich

5 Entwicklung der Qualitätsindikatoren

Nach der Entwicklung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells, dessen Methodik und Ergebnisse im Zwischenbericht zum QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* beschrieben sind (IQTIG 2019d), erfolgte gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG die Konkretisierung der Qualitätsaspekte über mehrere Filterschritte hin zu einem Set aus Qualitätsindikatoren für das zu entwickelnde QS-Verfahren (IQTIG 2019b).

Die für das Qualitätsmodell selektierten Aspekte sind in Abbildung 9 entsprechend ihrer Zuordnung zu den Datenquellen des QS-Verfahrens dargestellt.

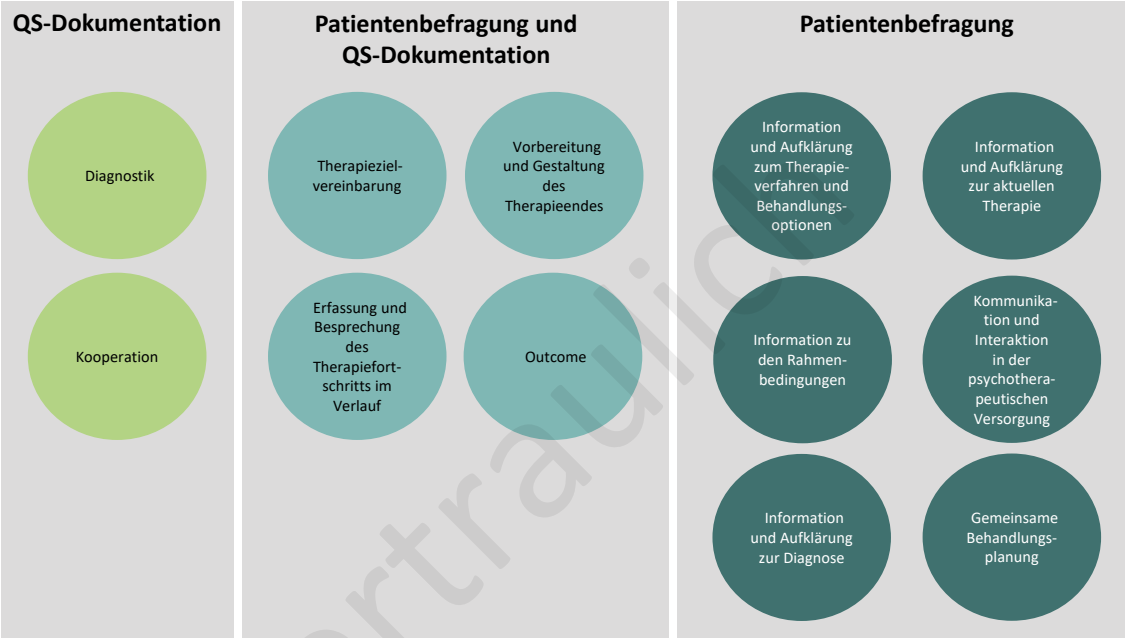


Abbildung 9: Zuordnung der selektierten Qualitätsaspekte zu den Datenquellen des QS-Verfahrens „Ambulante Psychotherapie“

vertraulich

Im Folgenden werden die Ableitung und Operationalisierung der Merkmale pro Qualitätsaspekt aufgeführt. Für die abgeleiteten Qualitätsmerkmale finden sich im Anhang A.2.4 die konkreten Empfehlungen (inkl. entsprechender Empfehlungsgrade und Evidenzstärken) aus den nationalen und internationalen Leitlinien. Für die abgeleiteten Qualitätsmerkmale wurden nach Prüfung der Eignungskriterien für das Qualitätsziel die verfügbaren Informationsquellen (Literatur, Fokusgruppen) auf Hinweise bezüglich eines Verbesserungspotenzials überprüft. Sofern möglich, wurden anhand der dem IQTIG zur Verfügung stehenden anonymisierten Sozialdaten Berechnungen hinsichtlich eines bestehenden Verbesserungspotenzials durchgeführt. Im Expertengremium wurden gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG das Verbesserungspotenzial, die Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer für die Ausprägung des Qualitätsmerkmals (einschließlich der Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer) sowie die Berücksichtigung von unerwünschten Wirkungen und Fehlanreizen durch die Expertinnen und Experten diskutiert und beurteilt (IQTIG 2019b). Für jeden Indikator werden anschließend die

Operationalisierung der Indikatorenentwürfe sowie die Ergebnisse der Überprüfung der Operationalisierung durch das Expertengremium für jedes konkretisierte Qualitätsmerkmal dargestellt. Hierbei werden auch die ursprünglichen Qualitätsmerkmalstitel weiter konkretisiert und die abschließenden Qualitätsindikatoren tabellarisch vorgestellt.

5.1 Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Diagnostik“

5.1.1 Ableitung der patientenrelevanten Qualitätsmerkmale

Die Diagnostik und Differenzialdiagnostik sind die Voraussetzung für die Indikationsstellung einer psychotherapeutischen Behandlung. Diagnosespezifische Leitlinien empfehlen daher eine sorgfältige Eingangsdiagnostik, die u. a. eine ausführliche Anamnese mit Erhebung der aktuellen Symptomatik, die Befunderhebung psychischer und somatischer Komorbiditäten, die Medikamentenanamnese und die Behandlungsgeschichte umfasst. Je nach Krankheitsbild sind dabei im Rahmen der Diagnostik u. a. die Abklärung von Suizidalität oder eines möglichen Substanz- oder Alkoholmissbrauchs besonders zu berücksichtigen. Leitlinien empfehlen überdies den Einsatz von Messinstrumenten in der Diagnostik. Zudem wird für die erste psychiatrische Beurteilung einer Patientin oder eines Patienten empfohlen, die Gründe für die Behandlungswahl bzw. -entscheidung transparent zu dokumentieren (IQTIG 2019d). Im Kontext der Entwicklung zeigten sich Hinweise auf ein Verbesserungspotenzial bezüglich des Umfangs der Diagnostik sowie insbesondere hinsichtlich des Einsatzes standardisierter Messinstrumente (IQTIG 2019d). Für den Qualitätsaspekt „Diagnostik“ wurden anhand der eingeschlossenen Leitlinien **zwei Qualitätsmerkmale** herausgearbeitet:

- Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e und Dokumentation des Gesprächs/der Gespräche mit
  - Erhebung der Symptomatik
  - ausführlicher (biografischer) Anamnese
  - Erhebung psychischer Komorbiditäten
  - Erhebung somatischer Komorbiditäten
  - Medikamentenanamnese
  - Erhebung der Behandlungsgeschichte
  - Erhebung der funktionalen Einschränkung
  - Erhebung der Lebensqualität
  - ggf. Erhebung Substanzmissbrauch
  - ggf. Abklärung Suizidalität
- Einsatz von störungsspezifisch geeigneten, validierten Messinstrumenten und Dokumentation der Ergebnisse

Ableitung der Qualitätsmerkmale

Ein abgeleitetes Qualitätsmerkmal adressiert die Inhalte des **diagnostischen Gesprächs**. So empfehlen nationale wie internationale Leitlinien die Erhebung der Symptomatik sowie eine ausführliche (biografische) Anamnese (APA 2010 [2015], APA 2017, DGPPN et al. 2017,

vertraulich

DGBS/DGPPN 2019, DGfS 2018, NICE 2019) und das Erheben der Behandlungsgeschichte (APA 2010 [2015], APA 2017, DGPPN et al. 2017, DGPPN 2019). Leitlinien empfehlen ebenfalls die Erhebung psychischer Komorbiditäten (APA 2010 [2015], APA 2017, DGBS/DGPPN 2019, DGfS 2018, DGPM/DGKJP 2018, DGPPN et al. 2017, DGPPN 2019, NICE 2019, Riemann et al. 2017) sowie auch somatischer Komorbiditäten (APA 2010 [2015], DGBS/DGPPN 2019, DGPM/DGKJP 2018, DGPPN et al. 2017, DGPPN 2019, NICE 2019, Riemann et al. 2017). Des Weiteren finden sich Empfehlungen zur Medikamentenanamnese (APA 2010 [2015], APA 2017, DGBS/DGPPN 2019, DGPPN et al. 2017, DGPPN 2019, Riemann et al. 2017) und zur Abklärung eventuell vorliegender Suizidalität (APA 2010 [2015], DGPPN et al. 2017). Einige Leitlinien empfehlen zusätzlich zu Beginn einer Psychotherapie, die Funktionalität bzw. funktionale Einschränkungen zu erheben (APA 2010 [2015], APA 2017, DGBS/DGPPN 2019). Eine internationale Leitlinie empfiehlt darüber hinaus die Erhebung der Lebensqualität (APA 2017). Eine andere internationale Leitlinie empfiehlt das ergänzende Abklären von Faktoren bezüglich der Therapieadhärenz (APA 2010 [2015]).

Hinsichtlich des abgeleiteten Qualitätsmerkmals **„Einsatz von störungsspezifisch geeigneten, validierten Messinstrumenten und Dokumentation der Ergebnisse“** empfehlen mehrere nationale und internationale Leitlinien die Anwendung quantitativer Messverfahren (APA 2017) bzw. validierter Instrumente (Amann et al. 2016, DGBS/DGPPN 2019, NCCMH 2011 [2018]-b) oder zumindest spezifischer Instrumente (Amann et al. 2016, NCCMH 2011 [2018]-b) im Kontext der Diagnostik. Eine Leitlinie empfiehlt den Einsatz validierter Screeninginstrumente und weist in ihrer Empfehlung darauf hin, dass diese der Ergänzung der Diagnostik dienen kann (DGBS/DGPPN 2019). Zwei Leitlinien empfehlen die Anwendung von (validierten) Instrumenten der Fremd- oder Selbsteinschätzung zur initialen Diagnostik (APA 2010 [2015], DGBS/DGPPN 2019) und eine Leitlinie empfiehlt den störungsspezifischen Einsatz von Fragebögen (Selbsteinschätzung) (Amann et al. 2016). Mehrere nationale Leitlinien und eine internationale Leitlinie empfehlen die Anwendung störungsspezifischer Instrumente (Amann et al. 2016, DGBS/DGPPN 2019, DGPPN et al. 2017, NCCMH 2011 [2018]-b). Darüber hinaus empfiehlt eine Leitlinie die zusätzliche Anwendung spezialisierter Testverfahren zur Aufdeckung allgemeiner medizinischer Ursachen der Symptomatik (APA 2010 [2015]).

vertraulich

Potenzial zur Verbesserung

Für das Qualitätsmerkmal **„Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e und Dokumentation des Gesprächs / der Gespräche“** konnte anhand der vorliegenden Literatur keine Aussage hinsichtlich eines eventuell bestehenden Verbesserungspotenzials getroffen werden. Da für das diagnostische Gespräch keine spezifischen Abrechnungsziffern existieren, konnten anhand der dem IQTIG vorliegenden Sozialdaten einer Krankenkasse keine diesbezüglichen Analysen durchgeführt werden.

Allerdings ergaben sich aus der Auswertung der Fokusgruppen Hinweise, dass Patientinnen und Patienten Erfahrung mit unzureichender Diagnostik gemacht haben. Zudem sei die Diagnostik

nicht immer individuell genug. Es ergaben sich auch Hinweise auf deutliche Unterschiede bezüglich der Umsetzung und Gestaltung der Diagnostik.[20]

> *(…) überhaupt erst mal zu, ähm, diagnostizieren, welche psychische Erkrankung diese Person überhaupt hat. Äh, da habe ich schon die Erfahrung gemacht, ich hatte irgendwie schon alles und gar nichts. (…). Ähm, wo ich halt selbst die Erfahrung gemacht habe und, ähm, finde ich auch, ist halt auch sehr wichtig, weil irgendwann mal sitzt man dann halt da und fragt sich, was habe ich denn jetzt eigentlich (…)* (Fg Pat KS AmbPT 2018)

Für das Qualitätsmerkmal **„Einsatz von störungsspezifisch geeigneten, validierten Messinstrumenten und Dokumentation der Ergebnisse“** konnte im Zuge der Literatursuche ebenso keine entsprechende Literatur für den deutschen Versorgungskontext gefunden werden, die Hinweise auf ein Verbesserungspotenzial hinsichtlich einer zu seltenen Anwendung von validierten Messinstrumenten gibt. Allerdings ergaben Hochrechnungen auf Basis von eigenen Analysen von Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2016, dass bei nur ca. 15 % der Patientinnen und Patienten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung der Einsatz von Messinstrumenten abgerechnet wird. Im Kontext der Abrechnung von probatorischen Sitzungen sind es nur ca. 7 %.[21]

Anzumerken ist, dass in § 10 Abs. 2 der Psychotherapie-Richtlinie für die diagnostische Abklärung seit längerem der regelmäßige Einsatz standardisierter diagnostischer Instrumente gefordert wird.

Auch aus den Fokusgruppen ergeben sich Hinweise, dass die Anwendung von Testverfahren zur Diagnostik hinsichtlich Art und Umfang, insbesondere verfahrensspezifisch, sehr unterschiedlich umgesetzt wird und kein einheitlicher Standard in der psychotherapeutischen Versorgung ist.

> *Ich kann mich gerad überhaupt nicht an einen irgendeinen Fragebogen zum Beispiel erinnern, also muss es wahrscheinlich auch gegeben haben aber also jetzt nicht, dass ich irgendwie mich daran erinnern kann. Da war irgendwie viel/also ich weiß, einfach viel darüber geredet dann am Anfang und es war eigentlich mehr ein einziges Heulen und [lacht] Erzählen und erst mal, was los ist, um überhaupt erst mal wieder so runterzu/also so eine, also sich erst mal so zu beruhigen [lächelt] irgendwie im Generellen so, aber so Fragebögen [unverständlich], nein. (GD4_ambPT_B_24-08-2018_19-05-31, Pos. 47)*

[20] Prägnate Aussagen aus den Fokusgruppen werden in Form von direkten Zitaten dargestellt. Dabei werden Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten („Fg Pat“) von Fokusgruppen mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten („Fg Th“) unterschieden. Zudem wird kenntlich gemacht, ob das Zitat aus den Fokusgruppen für die Erstellung des Qualitätsmodells im Rahmen der Konzeptstudie („KS AmbPT 2018“) oder aus den Fokusgruppen für die Entwicklung der Patientenbefragung („Befr AmbPT 2019“) stammt. Die Zitate werden ohne Angabe der Teilnehmerin/des Teilnehmers dargestellt, außer es handelt sich um einen Dialog zwischen Interviewerin/Interviewer („I“) und (mehreren) Teilnehmerinnen/Teilnehmern („TN1“, „TN2“ etc.). In diesem Falle werden die Zitate immer mit der fortlaufenden Nummern der Teilnehmerinnen und Teilnehmer beginnend mit TN1 anonymisiert. Gesprächspausen sind in den Zitaten mit (…) gekennzeichnet. Auslassungen von Satzteilen sind in den Zitaten mit […] dargestellt. Begriffe, die die Teilnehmerinnen und Teilnehmer besonders betonten, werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet. Sehr lautes Sprechen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wird durch Großschreibung kenntlich gemacht.

[21] Eigene Hochrechnungen der Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse.

vertraulich

> *Habe ich jetzt eigentlich gar nicht erlebt, dass ich so Bögen bekommen habe, sondern das wurde dann gleich im ersten Gespräch halt gemacht und irgendwann nach dem dritten, vierten, fünften Therapeuten, den man dann durchhat, ist es halt noch so ein Runterrattern der ganzen Geschichte. Es fing dann und dann an und dann ist dies, das, jenes passiert, […]. Also, so habe ich die ersten Sitzungen immer erlebt. (GD3_ambPT_B_23-08-2018_19-05-31, Pos. 135)*

Beide Qualitätsmerkmale wurden daher zur Beratung ins Expertengremium gegeben.

Ergebnisse des Expertengremiums

Im Treffen des Expertengremiums wurde vonseiten der Expertinnen und Experten darauf hingewiesen, dass die Diagnostik als fortlaufender *diagnostischer Prozess* zu betrachten sei, der mit der Therapie in einem wechselseitigen, prozesshaften Verhältnis stehe und erst mit deren Beendigung ebenfalls zum Ende komme. Dabei geht die Diagnostik weit über das Identifizieren der zutreffenden Diagnose im Sinne des ICD-10-GM hinaus. Die aufgeführten Dimensionen der Diagnostik werden vom Expertengremium als *Minimalkonsens* verstanden, auf dessen Grundlage die Leistungserbringer die Diagnostik unabhängig von einem bestimmten Zeitpunkt verfahrensspezifisch erweitern bzw. ergänzen sollten. Des Weiteren ist eine Fixierung auf die Symptomebene unbedingt zu vermeiden. Vielmehr sollte ein Spektrum der diagnostischen Dimensionen formuliert werden, das patientenindividuell und verfahrensspezifisch genutzt werden kann. So sind beispielsweise die Motivation, Veränderungsbereitschaft oder Beziehungsfähigkeit zu berücksichtigen, da sonst keine ausreichenden Informationen für eine Therapieentscheidung bzw. Behandlungsplanung vorliegen. Einige Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass es durchaus verfahrensübergreifend bedeutsame Themen der Diagnostik gibt, in die dann verfahrensspezifische Besonderheiten integriert werden können. Ergänzt wurde auch, dass die Ressourcenorientierung in der Diagnostik eine wesentlichere Rolle spielen kann als die Defizitorientierung.

Es wurde explizit darauf aufmerksam gemacht, dass patientenindividuell, bewusst in der Anfangsphase, auch auf bestimmte diagnostische Inhalte verzichtet werden muss (beispielsweise bei Traumapatientinnen und -patienten). Auch daraus ergibt sich, dass ein Festlegen bestimmter Sitzungen für die Diagnostik nicht infrage kommt.

Im Rahmen der Diskussion der Qualitätsmerkmale zeigte sich, dass die Anforderung an die Diagnostik, im Rahmen eines QS-Verfahrens, in einer Art Basiskanon bzw. Basis-Set der allgemeinen Psychotherapiereife der Patientin / des Patienten bestehen sollte, der bzw. das dann von den Behandlerinnen und Behandlern verfahrensspezifisch ergänzt werden kann.

Für das Qualitätsmerkmal *zum Einsatz von Messinstrumenten* wurde eine außerordentlich kontroverse Diskussion geführt, da abhängig vom Therapieverfahren der Nutzen kritisch gesehen wird. Im Gegenzug wird ein Vorteil für die Präzisierung der Diagnostik und deren Objektivierung gesehen. Entscheidend sei der patientenindividuelle und situationsbezogene Einsatz solcher wissenschaftlich validierten Instrumente, deren Auswahl nicht mit Attributen wie „störungsspezifisch“ oder anderweitig eingegrenzt werden dürfe. Aus diesem Grund sind konkrete Vorgaben

vertraulich

zur Auswahl des Instruments und bestimmter Zeitpunkte abzulehnen. Ein unangemessener Einsatz könnte zudem negative Auswirkungen auf die Behandlung haben, was unbedingt vermieden werden muss. Das Expertengremium wies darauf hin, dass erst anhand der konkreten Operationalisierung eine weitere Beurteilung möglich sei.

Beide Qualitätsmerkmale gehen als Indikatorentwurf in die weitere Entwicklung ein, wobei für das Merkmal **„Einsatz von geeigneten, validierten Messinstrumenten und Dokumentation der Ergebnisse“** das Attribut „störungsspezifisch“ gestrichen wurde.

5.1.2 Operationalisierte Qualitätsmerkmale

Nach Prüfung auf Hinweise für bestehenden Verbesserungspotenzial sowie Beratung durch das Expertengremium lagen für den Qualitätsaspekt „Diagnostik“ **zwei konkretisierte Qualitätsmerkmale** vor, die im nächsten Entwicklungsschritt zu Qualitätsindikatoren operationalisiert wurden (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Konkretisierte Qualitätsmerkmale und Qualitätsindikatoren des Qualitätsaspekts „Diagnostik“

Qualitätsaspekt	Konkretisierte Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren
Diagnostik	Diagnostische/s Gespräch/e und Dokumentation des Gespräches/der Gespräche mit ▪ Erhebung der Symptomatik ▪ ausführlicher (biografischer) Anamnese ▪ Erhebung psychischer Komorbiditäten ▪ Erhebung somatischer Komorbiditäten ▪ Medikamentenanamnese ▪ Erhebung der Behandlungsgeschichte ▪ Erhebung der funktionalen Einschränkung ▪ Erhebung der Lebensqualität ▪ ggf. Erhebung Substanzmissbrauch ▪ ggf. Abklärung Suizidalität	Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen
	Einsatz von geeigneten, validierten Messinstrumenten und Dokumentation der Ergebnisse	Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten

vertraulich

5.1.2.1 Qualitätsindikator „Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen“

Entsprechend des Ergebnisses des ersten Treffens des Expertengremiums wurde das konkretisierte Qualitätsmerkmal „Diagnostische/s Gespräch/e und Dokumentation des Gespräches / der Gespräche“ in den folgenden Entwicklungsschritten weiter zum Qualitätsindikator operationalisiert.

Mit dem Qualitätsindikator werden alle Fälle erfasst, für die eine Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie als Kurzzeit- oder Langzeittherapie im Einzelsetting abgerechnet wurde. Die inhaltliche Ausgestaltung der Datenfelder leitet sich aus den Empfehlungen der Leitlinien (Abschnitt 5.1.1) und der Expertise aus dem Expertengremium ab. Dabei enthalten die Datenfelder ausschließlich Anforderungen, die verfahrens- und diagnoseunabhängig gelten können. Für den Indikator können auch Inhalte der diagnostischen Gespräche dokumentiert werden, die **von demselben Leistungserbringer** bereits vor Beginn der ersten Therapiesitzung (im Sinne der PT-Richtlinie) im Rahmen der Probatorik oder Sprechstunde durchgeführt wurden.

Da es sich bei dem Indikator um einen Prozessindikator handelt, ist eine Risikoadjustierung nicht erforderlich. Es wird ein Referenzbereich von ≥ 95 % vorgeschlagen.

Ergebnisse des Expertengremiums

Im Expertengremium wurde nochmals betont, dass die Möglichkeit, dass die Diagnostik auch verfahrensspezifisch durchgeführt wird, unbedingt enthalten sein muss. Zudem ist es erforderlich, die für die Phase der Diagnostik ebenfalls hochrelevanten Themen der Prüfung der Passung zwischen Therapeutin/Therapeut und Patientin/Patient und der Therapiemotivation aufzunehmen. Darüber hinaus wurde im Expertengremium diskutiert, dass bezüglich einiger besonders sensibler Dimensionen wie Suizidalität oder Substanzmissbrauch eher von einem *Abklären*, als einem konkreten *Erfassen* gesprochen werden muss. Zentral war für das Expertengremium, dass die Operationalisierung des Indikators keine unflexiblen Vorgaben zur genauen Gestaltung und zu konkreten Zeitpunkten des Gesprächs macht, sondern die konkrete Durchführung des diagnostischen Gesprächs patientenindividuell und situationsangemessen durchgeführt werden kann. Das Expertengremium konsentierte den Vorschlag, im Indikatortitel explizit auf behandlungsrelevante Dimensionen abzuzielen.

Der Tabelle 9 ist der abschließend operationalisierte Qualitätsindikator zum diagnostischen Gespräch zu entnehmen. Die Rationale für den Qualitätsindikator sowie die Datenfelder zur Berechnung des Zählers und Nenners finden sich im zugehörigen Indikatordatenblatt im Indikatorenset 1.0.

Anpassungen nach Beteiligungsverfahren

Für diesen Indikator wurde der Ausfüllhinweis ergänzt: Es können hier auch Ergebnisse aus der Diagnostik, die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik oder einer vorangegangenen Akutbehandlung beim selben Leistungserbringer erhoben wurden, genutzt werden. Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe von kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.

vertraulich

Die Datenfeldtexte wurden hinsichtlich der Nutzerfreundlichkeit überarbeitet. Das Datenfeld 25 zur verfahrensspezifischen Diagnostik wurde präzisiert zu *„verfahrensspezifische weitere Diagnostik“*, um zu verdeutlichen, dass die im Grundsatz verfahrensunabhängigen Datenfelder durch nicht im Rahmen des Indikators definierte weitere verfahrensspezifische diagnostische Elemente ergänzt werden sollen.

Tabelle 9: Qualitätsindikator „Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen“ (QI 43xx14)

Bezeichnung	**Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen**
Qualitätsziel	In möglichst allen Fällen soll in der Anfangsphase der Behandlung eine umfassende Klärung der Problematik erfolgen, um zum einen Diagnosen stellen zu können, zum anderen, um Therapieziele und das weitere Vorgehen abzuschätzen und, sofern erforderlich, einen Ausgangspunkt für weitere diagnostische Messungen zu identifizieren.
Indikatortyp	Prozessindikator
Zähler	Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen in der Anfangsphase der Behandlung ein umfassendes diagnostisches Gespräch zu allen aufgeführten behandlungsrelevanten Dimensionen mit der Patientin / dem Patienten geführt wurde
Nenner	Anzahl der Fälle, in denen eine Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie als Kurzzeit- oder Langzeittherapie im Einzelsetting durch eine Psychologische Psychotherapeutin / einen Psychologischen Psychotherapeuten oder eine ärztliche Psychotherapeutin / einen ärztlichen Psychotherapeuten abgerechnet wurde (Grundgesamtheit des QS-Verfahrens)

vertraulich

5.1.2.2 Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten“

Entsprechend des Ergebnisses des ersten Treffens des Expertengremiums wurde das konkretisierte Qualitätsmerkmal „Einsatz von geeigneten, validierten Messinstrumenten und Dokumentation der Ergebnisse“ in den folgenden Entwicklungsschritten weiter zum Qualitätsindikator operationalisiert.

Mit dem Qualitätsindikator werden alle Fälle erfasst, für die eine Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie als Kurzzeit- oder Langzeittherapie im Einzelsetting abgerechnet wurde. Die inhaltliche Ausgestaltung der Datenfelder leitet sich aus den Empfehlungen der Leitlinien (Abschnitt 5.1.1), den vorliegenden Abrechnungsziffern für den Einsatz von Messinstrumenten in der ambulanten Richtlinien-Psychotherapie und der Expertise aus dem Expertengremium ab. Dabei enthalten die Datenfelder ausschließlich Anforderungen, die verfahrens- und diagnoseunabhängig gelten können. Der Inhalt der Datenfelder ergibt sich aus den Inhalten der zur Verfügung stehenden GOPs, die explizit drei Arten von Messinstrumenten aufführen. Ergänzt wurden diese um die standardisierten/strukturierten klinischen Interviews, die dort nicht genannt werden, aber insbesondere in den psychodynamischen Verfahren eine große Rolle spielen. Eine

Vorgabe einer Testbatterie oder bestimmter Instrumente durch die gesetzliche Qualitätssicherung ist schon aufgrund der Beauftragungsdetails ausgeschlossen.

Da es sich bei dem Indikator um einen Prozessindikator handelt, ist eine Risikoadjustierung nicht erforderlich. Es wird ein Referenzbereich von ≥ 90 % vorgeschlagen, da bei einem Teil der Patientinnen und Patienten der Einsatz solcher Instrumente nicht möglich oder sogar kontraindiziert sein kann.

Ergebnisse des Expertengremiums

Im Expertengremium wurde, insbesondere durch Vertreterinnen und Vertreter der psychodynamischen Therapieverfahren, betont, dass eine verpflichtende Anwendung von Testverfahren außerordentlich kritisch gesehen und eine indikationsabhängige Anwendung empfohlen wird. Eine Erhebung und Übermittlung des konkreten Testergebnisses wird abgelehnt, vielmehr kann nur geprüft werden, ob ein Instrument zur Anwendung kam.

Von einigen Expertinnen und Experten wird jedoch hervorgehoben, dass das Verfügbarmachen von „empirischen Informationen“ im Sinne der Transparenz auch in der psychotherapeutischen Versorgung ein Anspruch sein sollte und einen Beitrag zu einer gewissen Objektivierung leisten kann. Wichtig ist zudem, dass perspektivisch eine Erhebung über ein standardisiertes Instrument im Rahmen der Diagnostik Anknüpfungspunkt für die weitere Etablierung von Verlaufsmessungen über die persönliche fachliche Einschätzung hinaus ist.

Das Expertengremium spricht sich zudem für die Akzeptanz sowohl der Selbst- als auch der Fremdeinschätzung sowie des strukturierten diagnostischen Gesprächs/Interviews als gleichwertiges diagnostisches Instrument neben den schriftlich zu erhebenden Testverfahren aus.

Der Tabelle 10 ist der abschließend operationalisierte Qualitätsindikator zur Verwendung von Messinstrumenten zu entnehmen. Die Rationale für den Qualitätsindikator sowie die Datenfelder zur Berechnung des Zählers und Nenners finden sich im zugehörigen Indikatordatenblatt im Indikatorenset 1.0.

Anpassungen nach Beteiligungsverfahren

Im Nachgang des Beteiligungsverfahrens wurde für diesen Indikator die Analytische Psychotherapie aus dem Nenner herausgenommen. Ebenfalls aus der Operationalisierung herausgenommen wurden die Datenfelder zu den projektiven Testverfahren. Der Indikator wurde um die Datenfelder: „Welches psychotherapeutische Verfahren wurde angewendet?“ (DF 12) sowie „Aus welchem Grund wurde kein psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt?“ (DF 26.3>) ergänzt. Die fälschliche Zuordnung des standardisierten strukturierten klinischen Interviews zu den psychodiagnostischen Testverfahren wurde korrigiert.

vertraulich

Tabelle 10: Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten“ (QI 43xx15)

Bezeichnung	**Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten**
Qualitätsziel	Im Rahmen der Diagnostik sollen in möglichst vielen Fällen, in der Anfangsphase der Behandlung, dem Behandlungsfall angemessene, psychodiagnostische Testverfahren und/oder ein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt und ausgewertet werden.
Indikatortyp	Prozessindikator
Zähler	Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen in der Anfangsphase der Behandlung, im Rahmen der Diagnostik, mindestens ein dem Behandlungsfall angemessenes, psychodiagnostisches Testverfahren und/oder standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt und dokumentiert wurde
Nenner	Anzahl der Fälle, in denen eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder eine Verhaltenstherapie oder eine Systemische Therapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie als Kurzzeit- oder Langzeittherapie im Einzelsetting durch eine Psychologische Psychotherapeutin / einen Psychologischen Psychotherapeuten oder eine ärztliche Psychotherapeutin / einen ärztlichen Psychotherapeuten abgerechnet wurde (GOP 35401, 35402, 35405, 35421, 35422, 35425, 35431, 35432, 35435)

5.2 Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Therapiezielvereinbarung“

5.2.1 Ableitung der patientenrelevanten Qualitätsmerkmale

Das gemeinsame Vereinbaren von individuellen Therapiezielen ist eine wichtige Grundlage für die Inhalte der Behandlung und kann zugleich eine Referenz zum Überprüfen des Therapieerfolgs sein. Zudem fördert es die Ergebnisorientierung der Behandlung. Auf diese Weise können die Problemlage der Patientin oder des Patienten konkretisiert und somit spezifische Bewältigungsstrategien entwickelt und angewendet werden. Das gemeinsame Festlegen von Therapiezielen zwischen Therapeutin/Therapeut und Patientin/Patient sowie deren Überprüfung im Therapieverlauf kann sich außerdem positiv auf die Therapieadhärenz der Patientinnen und Patienten auswirken (IQTIG 2019d). Darüber hinaus kann es den Aufbau einer konstruktiven therapeutischen Beziehung unterstützen. Das Fehlen von praktisch anwendbaren Zielen wird insbesondere von Patientinnen und Patienten als nachteilig wahrgenommen (IQTIG 2019d). Dieser Qualitätsaspekt wird daher auch von der Patientenbefragung adressiert.

Für den Qualitätsaspekt wurden anhand der eingeschlossenen Leitlinien **zwei Qualitätsmerkmale** herausgearbeitet:

- Gemeinsames Festlegen der Therapieziele zwischen Therapeutin/Therapeut und Patientin/Patient
- Überprüfung der Therapieziele im Therapieverlauf

vertraulich

Ableitung der Qualitätsmerkmale

Ein abgeleitetes Qualitätsmerkmal adressiert das **gemeinsame Festlegen der Therapieziele**. So empfehlen nationale wie internationale Leitlinien die Vereinbarung von Therapiezielen, die einen integralen Bestandteil der Psychotherapie und des Behandlungserfolgs darstellen (DGBS/DGPPN 2019) und im Anschluss an die Diagnostik identifiziert werden sollen (NCCMH 2013 [2017]). Nationale Leitlinien empfehlen zudem, dass die Therapiezielvereinbarung konkret und individuell erfolgen soll (Bandelow et al. 2014, DGBS/DGPPN 2019, DGPM/DGKJP 2018). Zwei nationale Leitlinien empfehlen ein partizipatives Vorgehen (DGBS/DGPPN 2019, DGPM/DGKJP 2018). Des Weiteren findet sich in einer internationalen Leitlinie die Empfehlung, dass Patientinnen und Patienten sich spezifische Ziele entsprechend ihrer funktionalen Beeinträchtigung und Symptomschwere setzen sollen (APA 2010 [2015]).

Da dieser Qualitätsaspekt auch von der Patientenbefragung adressiert wird, wurde das Merkmal inhaltlich mit den für die Befragung abgeleiteten Merkmalen abgeglichen. Die Anteile des Merkmals, die den gemeinsamen Prozess zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut im Sinne des Erarbeitens und Konsentierens bzw. das partizipative Vorgehen berühren, werden im Rahmen der Entwicklung der Patientenbefragung fokussiert. Für die weitere Bearbeitung im Kontext der Entwicklung von dokumentationsbasierten Indikatoren wurde das Merkmal inhaltlich reduziert als **„Dokumentation der gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten erarbeiteten und konsentierten Therapieziele durch die Therapeutin / den Therapeuten“** dem Expertengremium vorgelegt.

Hinsichtlich des abgeleiteten Qualitätsmerkmals **„Überprüfung der Therapieziele im Therapieverlauf“** empfehlen mehrere nationale und internationale Leitlinien, die Zielerreichung im Therapieverlauf zu beobachten und Therapieziele ggf. anzupassen (DGBS/DGPPN 2019, APA 2010 [2015], DGPPN et al. 2017). Da auch diese Ausprägung des Qualitätsaspekts von der Patientenbefragung adressiert wird, wurde das Merkmal ebenfalls inhaltlich mit den für die Befragung abgeleiteten Merkmalen abgeglichen, um die Trennschärfe sicherzustellen. Zudem wurde das Merkmal für die dokumentationsbasierte Indikatorenentwicklung inhaltlich dem Qualitätsaspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“ zugeordnet.

Potenzial zur Verbesserung

Für das Qualitätsmerkmal **„Gemeinsames Festlegen der Therapieziele zwischen Therapeutin/Therapeut und Patientin/Patient“** konnte anhand der vorliegenden Literatur keine Aussage hinsichtlich eines eventuell bestehenden Verbesserungspotenzial getroffen werden. Da für die Therapiezielvereinbarung keine spezifischen Abrechnungsziffern existieren, konnten auch anhand der dem IQTIG vorliegenden Sozialdaten einer Krankenkasse[22] keine diesbezüglichen Analysen durchgeführt werden.

Es ergeben sich jedoch aus der Auswertung der Fokusgruppen Hinweise, dass im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung öfter keine Therapieziele formuliert werden und dies von den Patientinnen und Patienten als nachteilig für die Behandlung empfunden wird.

[22] Eigene Hochrechnungen der Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse.

vertraulich

> *I: TN1, wurde mit Ihnen ein Ziel vereinbart im Rahmen dieser Behandlung?*
>
> *TN1: Es hat sich dann so im Laufe der Sitzungen, hatte ich da auch über 20 Stunden, herauskristallisiert, ähm, [unverständlich] der Kernpunkt lag halt ganz woanders. Das hat mich dann auch so ein bisschen nachdenklich gemacht, weil die 20 Stunden waren dann schon weg und mein Problem war eigentlich gar nicht behoben, weil wir etwas ganz anderes angefangen hatten.* (Fg Pat KS AmbPT 2018)
>
> *[…] das heißt, ich will jetzt nicht mit einem Gewinn aus jeder Sitzung rausgehen, aber ich hatte gegen Ende der Langzeittherapie so für mich das Resümee, dass ich dachte, was hat mir das jetzt gebracht. Es war zwar nett, aber eigentlich nur nett und ich für mich selbst habe mich kein Stück weiterentwickelt, sodass ich mir schon wünschen würde, dass der rote Faden bei den Therapeuten bleibt und dass sie auch Ziele setzen und diese Ziele dem Patienten/Klienten auch mitteilen […].* (Fg Pat Befr AmbPT 2019)

Ebenso finden sich Hinweise, dass der Vorgang der Therapiezielformulierung bzw. -festlegung therapieverfahrensspezifisch sehr unterschiedlich umgesetzt wird.

> *[…] aber in der psychotherapeutischen, insbesondere wenn es jetzt in Richtung eben tiefenpsychologisch, analytisch geht, bin ich da eigentlich zurückhaltend. Aber insofern nicht, als ich natürlich schon ein Ohr habe oder versuche zu verstehen, was der Patient für Ziele hat und natürlich insbesondere wenn der Patient, wie auch immer, unrealistische Ziele haben sollte oder so, dass ich dann versuche, das aufzugreifen und anzusprechen. Aber ich würde nicht von mir aus sozusagen mit dem, also ich muss das Ziel nicht am Ende der ersten Stunde für mich geklärt haben, zumindest, wenn ich noch mehrere Stunden vorhabe. Also so wäre mein Vorgehen eher etwas zurückhaltender.* (Fg Th KS AmbPT 2018)

Das Qualitätsmerkmal **„Überprüfung der Therapieziele im Therapieverlauf“** wurde dem Qualitätsaspekt zur Überprüfung des Therapiefortschritts zugeordnet und wird dort inhaltlich weitergeführt (Abschnitt 5.5).

Dem Expertengremium wurde daher das angepasste Qualitätsmerkmal **„Dokumentation der gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten erarbeiteten und konsentierten Therapieziele durch die Therapeutin / den Therapeuten“** zur Beratung vorgelegt.

Ergebnisse des Expertengremiums

In der Diskussion des Expertengremiums zeigte sich, dass zwischen den Vertreterinnen und Vertretern der unterschiedlichen Therapieverfahren, sehr heterogene Auffassungen bezüglich der Relevanz und Inhalte von Therapiezielen bestehen. Ein Teil der Expertinnen und Experten wies ausdrücklich darauf hin, dass eine Zielorientierung essenziell für die Behandlung und dass die Zielerarbeitung auf die eine oder andere Art zentrales Mittel in allen Verfahren sei.

vertraulich

Es bestand der Konsens im Gremium, dass ausschließlich der Prozess der Therapiezielvereinbarung durch die Qualitätssicherung adressiert werden kann, da jegliche Vorgabe über die inhaltliche Ausgestaltung von Therapiezielen unangebracht und nachteilig für die Behandlung sei. Dabei käme es eher auf die *Reflexion* und weniger auf das *Erarbeiten und Konsentieren* an. Auch wurde darauf hingewiesen, dass das gemeinsame Erarbeiten der Ziele mit der Patientin / dem Patienten zentral für dieses Qualitätsmerkmal sei, wobei Vertreterinnen und Vertreter einiger Therapieverfahren dazu eine kritischere Haltung zeigten. Das IQTIG erläuterte, dass diese Anteile des Qualitätsaspekts zielführender bei der Patientenbefragung verortet und für das Instrument der fallbezogenen QS-Dokumentation ausschließlich der Leistungserbringer selbst die Quelle ist. Das Merkmal wurde im Ergebnis der Diskussion konsentiert und ging als Indikatorentwurf **„Dokumentation von Therapiezielen durch die Therapeutin / den Therapeuten“** in die weitere Entwicklung ein.

5.2.2 Operationalisierte Qualitätsmerkmale

Nach Prüfung auf Hinweise für bestehendes Verbesserungspotenzial sowie Beratung durch das Expertengremium lag für den Qualitätsaspekt „Therapiezielvereinbarung“ **ein konkretisiertes Qualitätsmerkmal** vor, das im nächsten Entwicklungsschritt operationalisiert wurde (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Konkretisierte Qualitätsmerkmale und Qualitätsindikatoren des Qualitätsaspekts „Therapiezielvereinbarung“

Qualitätsaspekt	Konkretisierte Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren
Therapieziel-vereinbarung	Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen	Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen

5.2.2.1 Qualitätsindikator „Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen“

Entsprechend des Ergebnisses des ersten Treffens des Expertengremiums wurde das konkretisierte Qualitätsmerkmal „Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen“ in den folgenden Entwicklungsschritten weiter zum Qualitätsindikator operationalisiert.

Mit dem Qualitätsindikator werden alle Fälle erfasst, für die eine Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie als Kurzzeit- oder Langzeittherapie im Einzelsetting abgerechnet wurde. Die inhaltliche Ausgestaltung der Datenfelder leitet sich zunächst aus den Empfehlungen der Leitlinien (Abschnitt 5.2.1) und der Expertise aus dem Expertengremium ab. Dabei enthalten die Datenfelder ausschließlich Anforderungen, die verfahrens- und diagnoseunabhängig gelten können. Es wird nochmal darauf hingewiesen, dass dieser Qualitätsaspekt auch durch die Patientenbefragung abgedeckt werden wird, die insbesondere die partizipativen Anteile im Fokus der Entwicklung haben wird. Der Indikator für den Qualitätsaspekt der Therapiezielvereinbarung auf Basis der fallbezogenen QS-Dokumentation zielt ausschließlich auf das dokumentierte Vorliegen von Therapiezielen, um die Ergebnisorientierung der Behandlung zu fördern.

vertraulich

Da es sich bei dem Indikator um einen Prozessindikator handelt, ist eine Risikoadjustierung nicht erforderlich. Es wird ein Referenzbereich von ≥ 95 % vorgeschlagen.

Ergebnisse des Expertengremiums

Im Expertengremium wurde nochmals betont, dass es ausgeschlossen ist, dass durch die Qualitätssicherung ein Kanon von Therapiezielen vorgegeben wird. Therapieziele sind immer patientenindividuell zu formulieren. Dabei kann ausschließlich der Prozess, ob eine Therapiezielerarbeitung stattgefunden hat, überprüft werden. Darüber hinaus wurde im Expertengremium diskutiert, dass es zwischen den unterschiedlichen Therapieverfahren divergierende Haltungen zu Therapiezielen gibt. Dies ist aus Sicht des IQTIG aber nicht kritisch, da durch die Operationalisierung des Indikators der professionelle Gestaltungsspielraum hinsichtlich Zeitpunkt, Inhalt und Durchführung der Therapiezielvereinbarungen nicht berührt wird.

Der Tabelle 12 ist der abschließend operationalisierte Qualitätsindikator zur Therapiezielvereinbarung zu entnehmen. Die Rationale für den Qualitätsindikator sowie die Datenfelder zur Berechnung des Zählers und Nenners finden sich im zugehörigen Indikatordatenblatt im Indikatorenset 1.0.

Anpassungen nach Beteiligungsverfahren

Die Datenfeldtexte wurden hinsichtlich der Nutzerfreundlichkeit überarbeitet. Der Referenzbereich wurde auf 95 % korrigiert.

Tabelle 12: Qualitätsindikator „Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen“ (QI 43xx16)

Bezeichnung	Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen
Qualitätsziel	In möglichst allen Fällen sollen in der Anfangsphase der Behandlung patientenindividuelle Therapieziele vereinbart werden, um so die Ergebnisorientierung zu unterstützen.
Indikatortyp	Prozessindikator
Zähler	Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen in der Anfangsphase der Behandlung patientenindividuelle Therapieziele vereinbart und dokumentiert wurden
Nenner	Anzahl der Fälle, für die eine Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie als Kurzzeit- oder Langzeittherapie im Einzelsetting durch eine Psychologische Psychotherapeutin / einen Psychologischen Psychotherapeuten oder eine ärztliche Psychotherapeutin / einen ärztlichen Psychotherapeuten abgerechnet wurde (Grundgesamtheit des QS-Verfahrens)

vertraulich

5.3 Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“

5.3.1 Ableitung der patientenrelevanten Qualitätsmerkmale

Die therapiebegleitende Überprüfung des Therapiefortschritts ist ein wichtiger Qualitätsaspekt der Behandlung und fördert die Ausrichtung der Therapie an den patientenindividuellen Ziel- und Problembereichen. Ein regelmäßiges Erheben des Therapiefortschritts im Verlauf und ein dazugehöriges Feedback haben einen Einfluss auf den Therapieerfolg. So lassen sich beispielsweise ungünstige Verläufe oder Fehlentwicklungen identifizieren und analysieren, und es können entsprechende Behandlungsentscheidungen getroffen und die Therapie patientenorientiert optimiert werden. Dabei fokussiert der Qualitätsaspekt zum einen auf das Erfassen von Therapieergebnissen im Verlauf und zum anderen auf das Besprechen dieser im Sinne eines Feedbacks mit den Patientinnen und Patienten (IQTIG 2019d).

Dieser Qualitätsaspekt wird auch durch die Patientenbefragung adressiert.

Für den Qualitätsaspekt wurden anhand der eingeschlossenen Leitlinien zunächst **fünf Qualitätsmerkmale** herausgearbeitet:

- Regelmäßige Erhebung des Therapiefortschritts im Verlauf (therapiebegleitende Evaluation)
- Überprüfung des Therapiefortschritts anhand der spezifischen Behandlungsziele
- Überprüfung des Therapiefortschritts anhand der Symptomatik
- Überprüfung des Therapiefortschritts anhand des psychosozialen Funktionsniveaus
- Einsatz von geeigneten Skalen oder validierten Instrumenten zur Selbst- und Fremdbeurteilung zur Überprüfung des Therapiefortschritts sowie Dokumentation der Ergebnisse

Ableitung der Qualitätsmerkmale

Ein abgeleitetes Qualitätsmerkmal adressiert das **regelmäßige Erheben des Therapiefortschritts im Verlauf (therapiebegleitende Evaluation).** So fordern nationale wie internationale diagnosespezifische Leitlinien eine therapiebegleitende Evaluation und empfehlen, während der Behandlung routinemäßig Ergebnismessungen durchzuführen (Bandelow et al. 2014) und zudem sicherzustellen, dass Patientinnen und Patienten an der Überprüfung der Wirksamkeit der Behandlung beteiligt werden (NCCMH 2010 [2018], NCCMH 2013 [2017], NCCMH 2011 [2018]-a).

Ein weiteres Qualitätsmerkmal konkretisiert die Therapieevaluation hinsichtlich der **Überprüfung des Therapiefortschritts anhand der spezifischen Behandlungsziele.** Hierzu empfehlen mehrere nationale und internationale Leitlinien, die Zielerreichung im Therapieverlauf zu beobachten und Therapieziele ggf. anzupassen (DGBS/DGPPN 2019, APA 2010 [2015], DGPPN et al. 2017).

Das Qualitätsmerkmal **„Überprüfung des Therapiefortschritts anhand der Symptomatik“** basiert auf Leitlinienempfehlungen, das Ansprechen auf die Therapie im Verlauf anhand der Symptome zu prüfen (APA 2010 [2015]).

Auch für das Qualitätsmerkmal **„Überprüfung des Therapiefortschritts anhand des psychosozialen Funktionsniveaus“** liegt eine Leitlinienempfehlung vor (APA 2010 [2015]).

vertraulich

Das Qualitätsmerkmal **„Einsatz von geeigneten Skalen oder validierten Instrumenten zur Selbst- und Fremdbeurteilung zur Überprüfung des Therapiefortschritts sowie Dokumentation der Ergebnisse“** gründet auf Empfehlungen mehrerer nationaler und internationaler Leitlinien. Grundsätzlich empfohlen wird die Anwendung von Instrumenten der Fremd- oder Selbsteinschätzung zur Verlaufsdiagnostik (APA 2010 [2015], DGBS/DGPPN 2019). Insbesondere empfehlen Leitlinien die Anwendung und Auswertung von Testverfahren im Verlauf zur Reflexion der Effektivität der Therapie (NCCMH 2010 [2018]) sowie die regelmäßige Prüfung der Wirkung einer Behandlung durch entsprechende Skalen (Bandelow et al. 2014) bzw. die Anwendung validierter Messinstrumente zur Unterstützung der Therapieevaluation (NCCMH 2011 [2018]-b).

Da dieser Qualitätsaspekt auch von der Patientenbefragung adressiert wird, wurden die Merkmale inhaltlich mit den für die Befragung abgeleiteten Merkmalen abgeglichen. Die Anteile des Qualitätsaspekts bzw. die Merkmale, die den Einbezug der Patientin / des Patienten sowie den Prozess des Besprechens oder des Feedbacks an die Patientin / den Patienten bzw. das partizipative Vorgehen berühren, sollen im Rahmen der Entwicklung der Patientenbefragung weitergehend betrachtet werden.

Da sich die Merkmale zur Überprüfung des Therapiefortschritts anhand der Behandlungsziele, der Symptomatik und des Funktionsniveaus inhaltlich unter dem Merkmal **Regelmäßige Erhebung des Therapiefortschritts im Verlauf (therapiebegleitende Evaluation)** subsumieren lassen, wurden die vier Merkmale für die weitere Bearbeitung zu dem Merkmal **„Erhebung und Dokumentation des Therapiefortschritts im Verlauf (therapiebegleitende Evaluation) anhand der spezifischen Therapieziele, der Symptomatik und des psychosozialen Funktionsniveaus“** zusammengeführt und nicht separat dem Expertengremium zur Beratung vorgelegt.

Potenzial zur Verbesserung

Für keines der für diesen Qualitätsaspekt abgeleiteten Qualitätsmerkmale konnte anhand der vorliegenden Literatur eine Aussage hinsichtlich eines eventuell bestehenden Verbesserungspotenzials getroffen werden.

Hochrechnungen auf Basis eigener Analysen von Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2016[23] ergaben jedoch, dass bei nur ca. 15 % der Patientinnen und Patienten im Verlauf der psychotherapeutischen Behandlung der Einsatz von Messinstrumenten abgerechnet wird, was nahelegt, dass der **Einsatz von geeigneten Skalen oder validierten Instrumenten zur Selbst- und Fremdbeurteilung zur Überprüfung des Therapiefortschritts** in der Versorgung sehr selten erfolgt.

Da für die **Erhebung und Dokumentation des Therapiefortschritts im Verlauf (therapiebegleitende Evaluation)** keine spezifischen Abrechnungsziffern existieren, konnten anhand der dem IQTIG vorliegenden Sozialdaten einer Krankenkasse für das Merkmal keine diesbezüglichen Analysen durchgeführt werden. Aus den Fokusgruppen ergeben sich aber Hinweise, dass ein Reflektieren des Behandlungsverlaufs nicht regelhaft stattfindet.

Dem Expertengremium wurden im Ergebnis das synthetisierte Qualitätsmerkmal „Erhebung und Dokumentation des Therapiefortschritts im Verlauf (therapiebegleitende Evaluation) anhand

[23] Eigene Hochrechnungen der Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse.

vertraulich

der spezifischen Therapieziele, der Symptomatik und des psychosozialen Funktionsniveaus“ sowie das Qualitätsmerkmal „Einsatz von geeigneten Skalen oder validierten Instrumenten zur Selbst- und Fremdbeurteilung zur Überprüfung des Therapiefortschritts sowie Dokumentation der Ergebnisse“ zur Beratung übergeben.

Ergebnisse des Expertengremiums

Mit Blick auf diesen Qualitätsaspekt ist es für die Mitglieder des Expertengremiums von zentraler Bedeutung, dass sichergestellt wird, dass hier der Prozess der Therapieevaluation adressiert wird und nicht der Therapiefortschritt (zu einem bestimmten Zeitpunkt) selbst bewertet wird. Zu beachten ist, dass der Prozess des Therapieverlaufs dynamisch und nicht immer gradlinig ist und daher die Zielerreichung im Behandlungsverlauf variieren kann. Hieraus dürften keine falschen Bewertungen abgeleitet werden. Es ist behandlungsimmanent, dass es im Verlauf zu „Höhen und Tiefen“ kommen kann. So sollte auch der Begriff „Fortschritt“ vermieden und durch *Reflexion* ersetzt werden.

Einige Expertinnen und Experten betonen, wie wichtig es ist, dass die psychotherapeutische Behandlung kein selbstreferenzieller Prozess ist, sondern in gewisser Weise transparent sein muss. Es ist auch eine gesellschaftliche Erwartung [der Versicherten und Versicherer], dass eine Therapie nachvollziehbar ist, daher sollte eine Reflexion des Therapieprozesses erfolgen. Im Ergebnis wird das Merkmal als Indikatorentwurf **„Dokumentation der Reflexion des Therapieverlaufs durch die Therapeutin / den Therapeuten“** für die weitere Entwicklung konsentiert.

Das Qualitätsmerkmal zum Einsatz von standardisierten Messinstrumenten zur Überprüfung der Therapiefortschritte wurde von den Expertinnen und Experten nicht erneut diskutiert, da hier dieselben Argumente geltend gemacht werden, die in der Diskussion im Kontext der Diagnostik vorgebracht wurden. Das Merkmal wurde daher unmittelbar bewertet und konsentiert.

5.3.2 Operationalisierte Qualitätsmerkmale

Nach Prüfung auf Hinweise für bestehendes Verbesserungspotenzial sowie Beratung durch das Expertengremium lagen für den Qualitätsaspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“ **zwei konkretisierte Qualitätsmerkmale** vor, die im nächsten Entwicklungsschritt operationalisiert wurden (siehe Tabelle 13).

vertraulich

Tabelle 13: Konkretisierte Qualitätsmerkmale und Qualitätsindikatoren des Qualitätsaspekts „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“

Qualitätsaspekt	Konkretisierte Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren
Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf	Dokumentation der Reflexion des Therapieverlaufs durch die Therapeutin / den Therapeuten	Reflexion des Therapieverlaufs
	Einsatz von geeigneten Skalen oder validierten Instrumenten zur Selbst- und Fremdbeurteilung zur Unterstützung der Reflexion des Therapieverlaufs	Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf

5.3.2.1 Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs“

Entsprechend des Ergebnisses des Treffens des Expertengremiums wurde das konkretisierte Qualitätsmerkmal „Dokumentation der Reflexion des Therapieverlaufs durch die Therapeutin / den Therapeuten“ in den folgenden Entwicklungsschritten weiter zum Qualitätsindikator operationalisiert.

Mit dem Qualitätsindikator werden alle Fälle erfasst, für die eine Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie als Kurzzeit- oder Langzeittherapie im Einzelsetting abgerechnet wurde. Die inhaltliche Ausgestaltung der Datenfelder leitet sich aus den Empfehlungen der Leitlinien (Abschnitt 5.3.1) und der Expertise aus dem Expertengremium ab. Dabei enthalten die Datenfelder ausschließlich Anforderungen, die verfahrens- und diagnoseunabhängig gelten können.

Es wird nochmal darauf hingewiesen, dass dieser Qualitätsaspekt auch durch die Patientenbefragung adressiert werden wird, die insbesondere die partizipativen Anteile im Rahmen der Entwicklung im Fokus haben wird. Der Indikator der fallbezogenen QS-Dokumentation zielt auf das Handeln des Therapeuten / der Therapeutin.

Durch den Indikator werden keine Vorgaben dahingehend gemacht, zu welchen Zeitpunkten konkret der Therapieverlauf reflektiert werden soll. Dies wäre ein unsachgemäßer Eingriff in den therapeutischen Prozess, die Reflexion muss vielmehr patientenindividuell und situationsabhängig entschieden werden. Die Inhalte der Reflexion, die durch die Datenfelder vorgegeben werden, rekurrieren auf die patientenindividuell verschiedenen behandlungsrelevanten Dimensionen und die Therapieziele. Bestimmte Outcomes wie Symptomveränderung o. Ä. werden ausdrücklich nicht vorgegeben.

Da es sich bei dem Indikator um einen Prozessindikator handelt, ist eine Risikoadjustierung nicht erforderlich. Es wird ein Referenzbereich von ≥ 95 % vorgeschlagen.

Ergebnisse des Expertengremiums

Im Expertengremium besteht Konsens, dass die Vorgabe bestimmter Inhalte, die in der Verlaufsdiagnostik zu prüfen wären, nicht infrage kommt, da ein vorgegebener Kanon extrem umfangreich ausfallen würde und dabei immer unvollständig bliebe und folglich nicht konsensfähig sei.

vertraulich

Dies wiegt umso mehr angesichts der unterschiedlichen therapeutischen Verfahren. Es wird zudem betont, dass auch für die fallbezogene QS-Dokumentation das Element des Reflektierens, also die dialogischen und interaktiven Anteile, mit adressiert bleiben müssen, wenngleich der Schwerpunkt hierfür in der Patientenbefragung liegt, da eine solche Reflexion auch immer zugleich ein therapeutisches Gespräch ist. Zentral für das Expertengremium bleibt, dass auch hier die Operationalisierung des Indikators keine unflexiblen Vorgaben zur genauen Gestaltung und zu konkreten Zeitpunkten des Gesprächs macht, sondern die konkrete Durchführung des diagnostischen Gesprächs patientenindividuell und situationsangemessen durchgeführt werden muss. Das Expertengremium weist ausdrücklich darauf hin, dass eine mögliche Anpassung von Therapiezielen, die sich aus der Reflexion ergibt, ebenso adressiert werden muss.

Der Tabelle 14 ist der abschließend operationalisierte Qualitätsindikator zur Reflexion des Therapieverlaufs zu entnehmen. Die Rationale für den Qualitätsindikator sowie die Datenfelder zur Berechnung des Zählers und Nenners finden sich im zugehörigen Indikatordatenblatt im Indikatorenset 1.0.

Anpassungen nach Beteiligungsverfahren

Die Datenfeldtexte wurden hinsichtlich der Nutzerfreundlichkeit überarbeitet. Es wird darauf hingewiesen, dass für diesen Indikator nur die für diese konkrete individuelle Behandlung relevanten Dimensionen zu prüfen sind und keine Prüfung aller im Indikator „Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen“ aufgeführten behandlungsrelevanten Dimensionen erfolgen muss. Das Datenfeld „Wurde, sofern erforderlich, eine Anpassung der Therapieziele vorgenommen?“ (DF 31 und DF 31.1>) wurde aus der Berechnung des Indikators (aus der Rechenregel) herausgenommen. Zudem wird in Datenfeld 29.1> und 30.1> das Datum der Durchführung abgefragt.

Tabelle 14: Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs“ (QI 43xx17)

Bezeichnung	Reflexion des Therapieverlaufs
Qualitätsziel	In möglichst allen Fällen soll im Therapieverlauf der Therapiefortschritt überprüft werden, um die Behandlungsplanung und die Therapiegestaltung, sofern erforderlich, anpassen zu können.
Indikatortyp	Prozessindikator
Zähler	Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen im Therapieverlauf die für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen und das Erreichen der patientenindividuellen Therapieziele überprüft wurden
Nenner	Anzahl der Fälle, für die eine Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie als Kurzzeit- oder Langzeittherapie im Einzelsetting durch eine Psychologische Psychotherapeutin einen Psychologischen Psychotherapeuten oder eine ärztliche Psychotherapeutin / einen ärztlichen Psychotherapeuten abgerechnet wurde (Grundgesamtheit des QS-Verfahrens).

vertraulich

5.3.2.2 Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf“

Bei diesem Indikator handelt es sich um eine Analogiebildung zum Indikator **„Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten“** (Abschnitt 5.1). Die Ausführungen zur Operationalisierung gelten hier analog. Auch das Expertengremium verwies darauf und diskutierte den Indikator nicht erneut. Vielmehr gelten alle Hinweise für die Anwendung im Rahmen der Diagnostik ebenfalls für die Anwendung im Therapieverlauf.

Der Tabelle 15 ist der abschließend operationalisierte Qualitätsindikator zur Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf zu entnehmen. Die Rationale für den Qualitätsindikator sowie die Datenfelder zur Berechnung des Zählers und Nenners finden sich im zugehörigen Indikatordatenblatt im Indikatorenset 1.0.

Anpassungen nach Beteiligungsverfahren

Im Zähler wurde konkretisiert, dass *mindestens* ein dem Behandlungsfall angemessenes, psychodiagnostisches Testverfahren und/oder standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt und dokumentiert werden soll. Im Nachgang des Beteiligungsverfahrens wurde für diesen Indikator die Analytische Psychotherapie aus dem Nenner herausgenommen. Ebenfalls aus der Operationalisierung herausgenommen wurden die Datenfelder zu den projektiven Testverfahren. Der Indikator wurde um die Datenfelder: „Welches psychotherapeutische Verfahren wurde angewendet?“ (DF 12)“ sowie „Aus welchem Grund wurde kein psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt?“ (DF 33.2>) ergänzt. Die fälschliche Zuordnung des standardisierten strukturierten klinischen Interviews zu den psychodiagnostischen Testverfahren wurde korrigiert.

Tabelle 15: Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf“ (QI 43xx18)

Bezeichnung	**Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf**
Qualitätsziel	Im Therapieverlauf sollen in möglichst vielen Fällen dem Behandlungsfall angemessene, psychodiagnostische Testverfahren und/oder ein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt und ausgewertet werden.
Indikatortyp	Prozessindikator
Zähler	Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen im Therapieverlauf mindestens ein dem Behandlungsfall angemessenes, psychodiagnostisches Testverfahren und/oder standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt und dokumentiert wurde

Vertraulich

Nenner	Anzahl der Fälle, für die eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder eine Verhaltenstherapie oder eine Systemische Therapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie als Kurzzeit- oder Langzeittherapie im Einzelsetting durch eine Psychologische Psychotherapeutin / einen Psychologischen Psychotherapeuten oder eine ärztliche Psychotherapeutin / einen ärztlichen Psychotherapeuten abgerechnet wurde (GOP 35401, 35402, 35405, 35421, 35422, 35425, 35431, 35432, 35435)

5.4 Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Kooperation“

5.4.1 Ableitung der patientenrelevanten Qualitätsmerkmale

Ambulante Richtlinien-Psychotherapie ist insbesondere bei schwer und chronisch erkrankten Menschen ein Element in einem komplexen sektorenübergreifenden Versorgungsgeschehen. Daran sind neben den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten weitere verschiedene Leistungserbringer wie Fachärztinnen und Fachärzte, Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, stationäre, teilstationäre oder rehabilitative Einrichtungen sowie die psychiatrische häusliche Krankenpflege beteiligt. Zudem ist die Versorgungslandschaft für psychische Erkrankungen heterogen und stark fragmentiert, was erhöhte Koordinierungsleistungen erforderlich macht. Daraus ergeben sich in vielen Fällen Kooperationsanforderungen an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (IQTIG 2019d).

Für den Qualitätsaspekt wurden anhand der eingeschlossenen Leitlinien zunächst **vier Qualitätsmerkmale** herausgearbeitet:

- Absprachen und Kommunikation mit mitbehandelnden Fachärztinnen und Fachärzten oder Hausärztinnen und Hausärzten bezüglich einer bestehenden behandlungsbegleitenden Medikation
- Absprachen und Kommunikation mit nicht-ärztlichen Mitbehandlerinnen und Mitbehandlern wie Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten
- Absprachen und Kommunikation mit sozialpsychiatrischen bzw. psychosozialen Institutionen
- Absprachen und Kommunikation in Vorbereitung oder im Nachgang eines stationären Aufenthalts mit den stationären Leistungserbringern

Ableitung der Qualitätsmerkmale

Nationale Leitlinien empfehlen Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten, die patientenindividuell (DGPM/DGKJP 2018, DGPPN 2019) und engmaschig (DGPM/DGKJP 2018) erfolgen und bereits im Rahmen der Diagnostik (DGBS/DGPPN 2019) durchzuführen sind. Mehrere deutsche Leitlinien fordern explizit Gespräche mit ärztlichen Mitbehandlerinnen und Mitbehandlern zur Bestimmung und/oder Abklärung somatischer Parameter (DGBS/DGPPN 2019, DGPM/DGKJP 2018, DGPPN 2019). Ein solches Vorgehen wird auch durch eine amerikanische Leitlinie gestützt, welche empfiehlt, einen regelmäßigen Austausch der an der Behandlung Beteiligten zum Zwecke der Behandlungskoordination und -synchronisation und des Austauschs relevanter Informationen für Behandlungsentscheidungen vorzunehmen (APA 2010 [2015]).

vertraulich

Potenzial zur Verbesserung

Zu einer patientenzentrierten Versorgungsgestaltung gehört auch die Sicherstellung der Koordination der Behandlung (IQTIG 2019d), die u. a. auf der Kooperation der an der Versorgung Beteiligten basiert. Im Gutachten des Sachverständigenrates zur bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung (SVR-Gesundheit 2018) gehören Menschen mit psychischen Erkrankungen zu den zwei explizit herausgehobenen Indikationsbereichen, in denen die Koordinierung der Behandlung verbessert werden muss, was eine bessere Kooperation der beteiligten Leistungserbringer voraussetzt. Der Gesetzgeber griff dies auf und verpflichtete den G-BA, bis zum 31. Dezember 2020 eine Richtlinie über die strukturierte und koordinierte Versorgung psychisch erkrankter Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf zu verabschieden. Diese Richtlinie lag zum Zeitpunkt der Berichtserstellung noch nicht vor.

Zudem sind die Befugnisse der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zwischenzeitlich insofern erweitert worden, als sie nun Reha-Leistungen, Soziotherapie und Krankentransporte verordnen können, wodurch ihre Koordinierungsrolle an Relevanz gewonnen hat.

Ergebnisse des Expertengremiums

Die Expertinnen und Experten bestätigten, dass hinsichtlich der Kooperation Defizite bestehen. Sie wiesen jedoch ausdrücklich darauf hin, dass dies auch vielfach im fehlenden Interesse oder mangelnder Kooperationsbereitschaft der anderen Leistungserbringer begründet sei. Das müsse bei der konkreten Verantwortungszuweisung bzw. der Operationalisierung des Indikators beachtet werden. Die Relevanz der Kooperation variiere zudem zwischen den Therapieverfahren. Es wurde zu bedenken gegeben, dass nicht alle Patientinnen und Patienten weitere mitbehandelnde Leistungserbringer haben bzw. dies oft von der Schwere der Erkrankung oder bestimmten Störungsgruppen abhängt. Im Sinne der Patientenautonomie sei auch zu berücksichtigen, dass manche Patientinnen und Patienten einen Austausch oder Kontakt ihrer Psychotherapeutin / ihres Psychotherapeuten mit anderen Behandlerinnen und Behandlern ausdrücklich ablehnen. Ungeklärt ist aus Sicht der Expertinnen und Experten auch, welche Verpflichtungen bei welchem Leistungserbringer liegen. Ergänzend wurde kritisiert, dass die Kooperationsleistungen bislang nicht vergütungsrelevant sind.

Im Ergebnis werden die vier Qualitätsmerkmale zu einem zusammenfassenden Indikatorentwurf synthetisiert **„Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikationen mit mitbehandelnden Fachärztinnen und Fachärzten oder Hausärztinnen und Hausärzten insbesondere bezüglich einer bestehenden behandlungsbegleitenden Medikation, nicht-ärztlichen Mitbehandlerinnen und Mitbehandlern wie Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten, sozialpsychiatrischen bzw. psychosozialen Institutionen, stationären Leistungserbringern in Vorbereitung oder im Nachgang eines stationären Aufenthalts“** für die weitere Entwicklung konsentiert.

vertraulich

5.4.2 Operationalisierte Qualitätsmerkmale

Nach Prüfung auf Hinweise für bestehendes Verbesserungspotenzial sowie Beratung durch das Expertengremium, lagen für den Qualitätsaspekt „Kooperation“ **ein konkretisiertes Qualitätsmerkmal** vor, welches im nächsten Entwicklungsschritt operationalisiert wurde (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Konkretisierte Qualitätsmerkmale und Qualitätsindikatoren des Qualitätsaspekts „Kooperation“

Qualitätsaspekt	Konkretisierte Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren
Kooperation	Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit ▪ mitbehandelnden Fachärztinnen und Fachärzten oder Hausärztinnen und Hausärzten insbesondere bezüglich einer bestehenden behandlungsbegleitenden Medikation ▪ nicht-ärztlichen Mitbehandlerinnen und Mitbehandlern wie Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten ▪ sozialpsychiatrischen bzw. psychosozialen Institutionen ▪ stationären Leistungserbringern in Vorbereitung oder im Nachgang eines stationären Aufenthalts	Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten

Vertraulich

5.4.2.1 Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten“

Entsprechend des Ergebnisses des Treffens des Expertengremiums wurde das konkretisierte Qualitätsmerkmal „Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikationen mit mitbehandelnden Fachärztinnen und Fachärzten oder Hausärztinnen und Hausärzten insbesondere bezüglich einer bestehenden behandlungsbegleitenden Medikation, nicht-ärztlichen Mitbehandlerinnen und Mitbehandlern wie Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten, sozialpsychiatrischen bzw. psychosozialen Institutionen, stationären Leistungserbringern in Vorbereitung oder im Nachgang eines stationären Aufenthalts“ in den folgenden Entwicklungsschritten weiter zum Qualitätsindikator operationalisiert.

Mit dem Qualitätsindikator werden alle Fälle erfasst, für die eine Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie als Kurzzeit- oder Langzeittherapie im Einzelsetting abgerechnet wurde und deren psychische Erkrankung auch von einem anderen Leistungserbringer als dem Psychothera-

peuten bzw. der Psychotherapeutin behandelt wird. Die inhaltliche Ausgestaltung der Datenfelder leitet sich dabei zum einen aus den Empfehlungen der Leitlinien (Abschnitt 5.4.1) und der Expertise aus dem Expertengremium ab, zum anderen orientiert sie sich an den in der deutschen psychiatrischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern im Rahmen des GKV-Systems. Dabei enthalten die Datenfelder ausschließlich Anforderungen, die verfahrens- und diagnoseunabhängig gelten können.

Durch den Indikator werden keine Vorgaben dahingehend gemacht, zu welchen Zeitpunkten und wie konkret diese Absprachen erfolgen sollen. Dies ist abhängig vom konkreten Fall patientenindividuell und situationsabhängig durch die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu entscheiden.

Es ist bekannt, dass die Kooperation mit Mitbehandelnden nur bei einer Teilmenge des Patientenkollektivs relevant ist. Derzeit liegen aber keine belastbaren Daten vor, die es ermöglichen zu qualifizieren oder zu quantifizieren, für welche Patienteninnen und Patienten dies individuell keine Rolle im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung spielt. Es wurde daher versucht, das Vorliegen typischer Koordinierungsaufgaben in der jeweiligen Behandlungssituation in Filterfragen zu erfassen (beispielsweise zur Medikation, zur fachärztlichen Mitbehandlung, zur Rehabilitation, zu einem Krankenhausaufenthalt etc.). In den Antwortitems werden Gründe dafür, warum eine Kommunikation nicht stattfinden konnte (u. a. auch Patientin/Patient lehnte ab, Kooperationspartnerin/Kooperationspartner war nicht erreichbar) aufgeführt, um einerseits Zusatzinformationen für die qualitative Bewertung einer statistischen Auffälligkeit durch die Fachkommissionen zu erhalten, andererseits aber auch Handlungsanschlüsse problembezogen besser auszurichten zu können.

Da es sich bei dem Indikator um einen Prozessindikator handelt, ist eine Risikoadjustierung nicht erforderlich. Es wird ein Referenzbereich von ≥ 95 % vorgeschlagen, da Fälle, in denen keine Mitbehandelnden vorhanden sind oder diese auf ein Kommunikationsangebot nicht reagieren, aufgrund der Rechenregeln keine Berücksichtigung im Indikator finden. Ebenso werden die Fälle, in denen die Patientin / der Patient den Austausch zwischen ihren Behandlern ablehnt, nicht im Indikator berücksichtigt.

Ergebnisse des Expertengremiums

Das Expertengremium begrüßt die Differenzierung der Datenfelder für die mitbehandelnden Leistungserbringer. Laut den Expertinnen und Experten ist es elementar, dass in der Operationalisierung berücksichtigt wurde, dass andere Leistungserbringer auf einen Kommunikationsversuch nicht immer eingehen, die Verantwortungszuweisung hier also nicht nur bei der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten liegt, und dass dem Umstand Rechnung getragen wurde, dass zahlreiche Patientinnen und Patienten ausschließlich psychotherapeutisch behandelt werden. Zudem begrüßen die Mitglieder des Expertengremiums, dass berücksichtigt wurde, dass die Patientinnen und Patienten diese Kontaktaufnahme häufig aktiv nicht wünschen würden. Dem Expertengremium ist es wichtig, dass ausgeschlossen bleibt, dass über die Qualitätssicherung konkrete Inhalte dieser Kommunikation erfasst werden.

Vertraulich

Der Tabelle 17 ist der abschließend operationalisierte Qualitätsindikator zur Kooperation zu entnehmen. Die Rationale für den Qualitätsindikator sowie die Datenfelder zur Berechnung des Zählers und Nenners finden sich im zugehörigen Indikatordatenblatt im Indikatorenset 1.0.

Anpassungen nach Beteiligungsverfahren

In der Operationalisierung wurde die Filterfrage: „Waren für diese Patientin / diesen Patienten andere ärztliche oder nicht-ärztliche Leistungserbringer an der Behandlung beteiligt?“ (DF 34) ergänzt. Infolgedessen müssen nur für die Patientinnen und Patienten, auf die das zutrifft, die weiteren Datenfelder befüllt werden, was den Aufwand nicht unerheblich reduziert. Die Datenfelder wurden sprachlich gekürzt und hinsichtlich ihrer Struktur optimiert. Es wurden zusätzliche Datenfelder für die Ambulante Psychiatrische Pflege (DF 34.7> bis DF 34.7.1.2>) aufgenommen. Zur Präzisierung wird die Mitbehandlung durch Hausärzte und Hausärztinnen in separaten Datenfeldern (DF 34.1> bis DF 34.1.1.2>) abgefragt. Zudem wurde zu jeder Mitbehandlerin / jedem Mitbehandler die Filterfrage eingefügt, „Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?“ (DF 34.1.1.2> bis 34.7.1.2>). Der Referenzbereich wurde auf 95 % korrigiert.

Tabelle 17: Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten“ (QI 43xx19)

Bezeichnung	**Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten**
Qualitätsziel	In möglichst allen Fällen soll zum Zwecke der Behandlungsplanung und -koordination ein Austausch mit anderen an der Behandlung der Patientin / des Patienten Beteiligten stattfinden.
Indikatortyp	Prozessindikator
Zähler	Anzahl der Fälle, in denen sich die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut zum Zwecke der Behandlungsplanung und -koordination mit anderen an der Behandlung der Patientin / des Patienten Beteiligten ausgetauscht hat
Nenner	Anzahl der Fälle, bei denen andere ärztliche und/oder nicht-ärztliche Leistungserbringer an der Behandlung der Patientin / des Patienten beteiligt waren

5.5 Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“

5.5.1 Ableitung der patientenrelevanten Qualitätsmerkmale

Das Beenden einer psychotherapeutischen Behandlung ist ein wichtiger Abschnitt im Therapieprozess, der inhaltlich und zeitlich strukturiert werden sollte. Dabei ist insbesondere ein ausreichender Zeitraum zur Vorbereitung des Therapieendes einzuplanen. Inhaltlich von Relevanz sind hierfür u. a. das Bewusstmachen erlernter Kompetenzen/Strategien zur selbstständigen Anwendung nach Therapieende, das Besprechen von Behandlungs- und Hilfemöglichkeiten nach

Vertraulich

Therapieende sowie die Information und ggf. Weitervermittlung an andere an der medizinischen Versorgung beteiligte Gruppen von Leistungserbringern. Zudem ist zu prüfen, ob zur Stabilisierung des Therapieerfolgs und zur Senkung der Rückfallrate eine angemessene psychotherapeutische Nachbehandlung (Erhaltungstherapie) im Sinne einer Rezidivprophylaxe angeboten werden sollte (IQTIG 2019d).

Für den Qualitätsaspekt wurden anhand der eingeschlossenen Leitlinien zunächst **fünf Qualitätsmerkmale** herausgearbeitet:

- Erhebung und Dokumentation eines ausreichenden Therapiefortschritts anhand der spezifischen individuellen Therapieziele, der Symptomatik, des psychosozialen Funktionsniveaus mit dem Patienten / der Patientin, der ausreichend ist, um die Abschlussphase einzuleiten
- Einsatz von geeigneten Skalen oder validierten Instrumenten zur Selbst- und Fremdbeurteilung zur Überprüfung eines ausreichenden Therapiefortschritts sowie Dokumentation der Ergebnisse
- Besprechen, Konsentieren und Dokumentieren der Therapieziele für die Abschlussphase der Psychotherapie durch den Therapeuten / die Therapeutin und den Patienten / die Patientin
- Besprechen, Konsentieren und Dokumentieren des geplanten Vorgehens für die Abschlussphase der Psychotherapie durch den Therapeuten / die Therapeutin und den Patienten / die Patientin
- Besprechen und Konsentieren einer ggf. vorliegenden Indikation für eine Rezidivprophylaxe

Ableitung der Qualitätsmerkmale

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal **„Erhebung und Dokumentation eines ausreichenden Therapiefortschritts anhand der individuellen Therapieziele, der Symptomatik und des psychosozialen Funktionsniveaus mit der Patientin / dem Patienten, der ausreichend ist, um die Abschlussphase einzuleiten“** repliziert das Qualitätsmerkmal **„Erhebung und Dokumentation des Therapiefortschritts im Verlauf (therapiebegleitende Evaluation) anhand der spezifischen Therapieziele, der Symptomatik und des psychosozialen Funktionsniveaus“** für die Abschlussphase der Therapie. Da die Einleitung der Abschlussphase vom Ergebnis einer Verlaufsmessung abhängt, gelten die Empfehlungen der Leitlinien zur wiederholten Überprüfung des Therapieverlaufs auch hier. Nationale wie internationale Leitlinien empfehlen, diagnosespezifisch eine therapiebegleitende Evaluation durchzuführen, während der Behandlung routinemäßig Ergebnismessungen einzufügen (Bandelow et al. 2014) und sicherzustellen, dass Patientinnen und Patienten an der Überprüfung der Wirksamkeit der Behandlung beteiligt werden (NCCMH 2010 [2018], NCCMH 2013 [2017], NCCMH 2011 [2018]-a). Ebenso empfehlen mehrere nationale und internationale Leitlinien, die Zielerreichung im Therapieverlauf zu beobachten und Therapieziele ggf. anzupassen (DGBS/DGPPN 2019, APA 2010 [2015], DGPPN et al. 2017). Insbesondere finden sich Empfehlungen, das Ansprechen auf die Therapie im Verlauf anhand der Symptome sowie des psychosozialen Funktionsniveaus zu prüfen (APA 2010 [2015]).

Auch das Qualitätsmerkmal **„Einsatz von geeigneten Skalen oder validierten Instrumenten zur Selbst- und Fremdbeurteilung zur Überprüfung des Therapiefortschritts zur Überprüfung eines**

vertraulich

ausreichenden Therapiefortschritts sowie Dokumentation der Ergebnisse“ leitet sich grundsätzlich aus den Leitlinienempfehlungen zur Überprüfung des Therapieverlaufs ab und wird auf die besondere Situation vor Einleitung der Abschlussphase der Behandlung bezogen. Mehrfach empfohlen wird die Anwendung von Instrumenten der Fremd- oder Selbsteinschätzung zur Verlaufsdiagnostik (APA 2010 [2015], DGBS/DGPPN 2012 [2014]). Insbesondere empfohlen werden die Anwendung und Auswertung von Testverfahren im Verlauf zur Reflexion der Effektivität der Therapie (NCCMH 2010 [2018]) sowie die regelmäßige Prüfung der Wirkung einer Behandlung durch entsprechende Skalen (Bandelow et al. 2014) bzw. die Anwendung validierter Messinstrumente zur Unterstützung der Therapieevaluation (NCCMH 2011 [2018]-b).

Hinsichtlich des Qualitätsmerkmals **„Besprechen, Konsentieren und Dokumentieren der Therapieziele für die Abschlussphase der Psychotherapie durch den Therapeuten / die Therapeutin und den Patienten / die Patientin“** gelten ebenfalls die Leitlinienempfehlungen für die Merkmale **„Besprechen, Konsentieren und Dokumentieren der Therapieziele durch den Therapeuten / die Therapeutin und den Patienten / die Patientin“** sowie **„Überprüfung der Therapieziele im Therapieverlauf“**, da es sich hier um Analogien für eine spätere Therapiephase handelt. Mehrere nationale und internationale Leitlinien empfehlen, die Zielerreichung im Therapieverlauf zu beobachten und Therapieziele ggf. anzupassen (DGBS/DGPPN 2019, APA 2010 [2015], DGPPN et al. 2017). Deutsche Leitlinien empfehlen zudem, dass die Therapiezielvereinbarung konkret und individuell erfolgen soll (Bandelow et al. 2014, DGBS/DGPPN 2019, DGPM/DGKJP 2018) und betonen die Erforderlichkeit eines partizipativen Vorgehens (DGBS/DGPPN 2019, DGPM/DGKJP 2018). Des Weiteren findet sich in einer internationalen Leitlinie die Empfehlung, dass Patientinnen und Patienten sich spezifische Ziele entsprechend ihrer funktionalen Beeinträchtigung und Symptomschwere setzen sollen (APA 2010 [2015]).

Da dieser Qualitätsaspekt auch von der Patientenbefragung adressiert wird, wurde das Merkmal inhaltlich mit den für die Befragung abgeleiteten Merkmalen abgeglichen. Die Anteile des Merkmals, die den gemeinsamen Prozess zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut im Sinne des Erarbeitens und Konsentierens bzw. das partizipative Vorgehen berühren, werden in der Entwicklung der Patientenbefragung weitergehend betrachtet. Für die weitere Bearbeitung im Kontext der Entwicklung von dokumentationsbasierten Indikatoren wurde das Merkmal, inhaltlich reduziert, als **„Dokumentation der konsentierten Ausgestaltung der Inhalte und Ziele der Abschlussphase der Psychotherapie durch die Therapeutin / den Therapeuten und die Patientin / den Patienten“** dem Expertengremium vorgelegt.

Das Qualitätsmerkmal **„Besprechen, Konsentieren und Dokumentieren des geplanten Vorgehens für die Abschlussphase der Psychotherapie durch den Therapeuten / die Therapeutin und den Patienten / die Patientin“** wurde nicht für die Entwicklung der dokumentationsbasierten Indikatoren weitergeführt, da es zum einen Teil des Qualitätsaspekts zur Behandlungsplanung ist, der durch die Patientenbefragung adressiert wird, und zum anderen die hier angesprochenen kommunikativen und partizipativen Aspekte nicht sinnvoll durch eine fallbezogene QS-Dokumentation abzubilden sind, sondern zielführender bei dem Patienten / der Patientin erhoben werden sollten.

vertraulich

Das Qualitätsmerkmal **„Besprechen und Konsentieren einer ggf. vorliegenden Indikation für eine Rezidivprophylaxe“** gründet auf den Empfehlungen nationaler und internationaler Leitlinien, patientenindividuell bzw. diagnosespezifisch eine Erhaltungstherapie bzw. Rezidivprophylaxe zur Vermeidung von Rückfällen im Anschluss an die Psychotherapie einzusetzen (NCCMH 2013 [2017], APA 2010 [2015], DGPPN et al. 2017, VA/DoD 2016). Dabei empfehlen zwei Leitlinien, in die Entscheidung über eine Erhaltungstherapie den aktuellen Status therapierelevanter Dimensionen, wie die Symptomatik und Komorbiditäten, patientenindividuell einfließen zu lassen (APA 2010 [2015], DGBS/DGPPN 2019).

Potenzial zur Verbesserung

Für keines der für diesen Qualitätsaspekt abgeleiteten Qualitätsmerkmale konnte anhand der vorliegenden Literatur eine Aussage hinsichtlich eines eventuell bestehenden Verbesserungspotenzials getroffen werden. Da für die Vorbereitung des Therapieendes keine spezifischen Abrechnungsziffern vorliegen, konnten keine entsprechenden Analysen anhand der vorliegenden Sozialdaten einer Krankenkasse gemacht werden.

In den durchgeführten Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (IQTIG 2019d) wird deutlich, dass die Befragten hinsichtlich der Vorbereitung auf den Therapieabschluss unterschiedliche Erfahrungen gemacht haben. Während einige Patientinnen und Patienten von einer gut strukturierten Vorbereitung sprachen, erfolgte bei anderen Patientinnen und Patienten der Therapieabschluss eher abrupt und überraschend.

> *Und, ähm, wir haben, glaube ich, weil wir haben zweieinhalb Jahre miteinander gearbeitet, und wir haben uns ein halbes Jahr auf den Abschluss vorbereitet* (Fg Pat Befr AmbPT 2019)

> *Ja, also ich habe auch gesagt bekommen von der Therapeutin, Sie können sich ja dann mal melden. (...) aber so einen richtigen Abschluss habe ich eigentlich nicht gefunden. Sie sagte nur, ja, jetzt ist es halt zu Ende, weil die Krankenkasse zahlt es nicht mehr und dann war es zu Ende.* (Fg Pat Befr AmbPT 2019)

Die Fokusgruppen geben zudem Aufschluss darüber, dass aus Perspektive der Patientinnen und Patienten auch ein Verbesserungsbedarf dahingehend besteht, dass in der Abschlussphase der Behandlung geklärt wird, welche Möglichkeiten der Versorgung bei Bedarf nach Beendigung der aktuellen Psychotherapie bestehen bzw. wie diese vorzubereiten sind.

> *Ich hatte einmal erlebt, wir haben jetzt noch 20 Stunden und ich fing dann immer an zu rechnen, wie viel noch, wie viel noch, wie viel noch. Wir kamen dann auch wirklich nicht zu irgendeinem Ergebnis, was ich jetzt tun könnte und, ähm, es war für mich eine absolute Katastrophe und das war beendet (…) ich stand eigentlich wieder genauso da, wo ich stand, als hinging.* (Fg Pat Befr AmbPT 2019)

vertraulich

Ergebnisse des Expertengremiums

Das Expertengremium stimmte nach einer Diskussion dem durch das Merkmal konstatierten, phasenweisen Verlauf der Psychotherapie zu. Es forderte zugleich mehrheitlich eine offene und partizipative, anstatt einer einengenden, nicht für alle Therapieverfahren anwendbaren, Formulierung des Merkmals. Entscheidend sei, dass mit der Patientin / dem Patienten reflektiert wird, ob die Therapie in die Abschlussphase gehen kann und was noch bis zu deren Beendigung erforderlich ist. Ein Skaleneinsatz würde dies nachteilig einengen, und wäre zudem nur sinnvoll, wenn immer dieselben Instrumente eingesetzt würden.

Im Ergebnis wurde ein Merkmal zu **„Gemeinsame Reflexion des Therapieverlaufs mit der Patientin / dem Patienten hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie“** konkretisiert, wobei nach Abgleich mit den Entwicklungen der Patientenbefragung zur Vermeidung von Unschärfen das Attribut „gemeinsam“ ausschließlich der Befragung zuzuordnen ist und daher hier auch aus der Bezeichnung des Indikatorentwurfs entfernt wurde. Ein anderes Merkmal wurde im Nachgang der Beratung durch das Expertengremium inhaltlich ergänzt und ging als Indikatorentwurf **„Besprechung einer ggf. vorliegenden Indikation für weitere therapeutische Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses“** in die weitere Entwicklung ein. Im Zuge der Nachbearbeitung und unter Einbezug aller Informationen wurde dieses Merkmal nochmals zu folgendem Indikatorentwurf überarbeitet und so in die Operationalisierung überführt: **Abklärung einer Indikation für anschließende therapeutische Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses**.

5.5.2 Operationalisierte Qualitätsmerkmale

Nach Prüfung auf Hinweise für bestehenden Verbesserungspotenzial sowie Beratung durch das Expertengremium, lagen für den Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“ **drei konkretisierte Qualitätsmerkmale** vor, von denen im nächsten Entwicklungsschritt zwei Merkmale operationalisiert wurden (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18: Konkretisierte Qualitätsmerkmale und Qualitätsindikatoren des Qualitätsaspekts „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“

Qualitätsaspekt	Konkretisierte Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren
Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes	Reflexion des Therapieverlaufs mit der Patientin / dem Patienten hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie	Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie
	Besprechung der patientenindividuellen Ausgestaltung der Abschlussphase	-

vertraulich

Qualitätsaspekt	Konkretisierte Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren
	Prüfen einer ggf. vorliegenden Indikation für eine Rezidivprophylaxe durch die Therapeutin / den Therapeuten und die Patientin / den Patienten	Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses

Das Qualitätsmerkmal „Besprechung der patientenindividuellen Ausgestaltung der Abschlussphase“ wurde für das Instrument der fallbezogenen QS-Dokumentation verworfen, da dieses patientenrelevante Thema zielführender im Rahmen der Entwicklung der Patientenbefragung geprüft werden kann.

5.5.2.1 Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie“

Bei diesem Indikator handelt es sich um eine Analogiebildung zum Indikator „Reflexion des Therapieverlaufs“. Die Ausführungen zur Operationalisierung gelten hier und wurden lediglich hinsichtlich des konkreten Anlasses der Einleitung der Abschlussphase modifiziert. Auch das Expertengremium verwies auf seine Ausführungen und diskutierte den Indikator nicht erneut ausführlich. Vielmehr gelten alle Hinweise für die Anwendung im Rahmen des Therapieverlaufs allgemein auch für die Anwendung hinsichtlich der Abschlussphase. Die Mitglieder des Expertengremiums stellten nochmal die besondere Bedeutung der Abschlussphase innerhalb des therapeutischen Prozesses heraus, wodurch eine separate Thematisierung innerhalb der Qualitätssicherung gerechtfertigt ist.

Der Tabelle 19 ist der abschließend operationalisierte Qualitätsindikator zur Reflexion des Therapieverlaufs im Hinblick auf die Einleitung der Abschlussphase zu entnehmen. Die Rationale für den Qualitätsindikator sowie die Datenfelder zur Berechnung des Zählers und Nenners finden sich im zugehörigen Indikatordatenblatt im Indikatorenset 1.0.

Anpassungen nach Beteiligungsverfahren

Das Qualitätsziel wurde sprachlich präzisiert. Durch einen Ausfüllhinweis wurde konkretisiert, dass, obschon die gemeinten behandlungsrelevanten Dimensionen grundsätzlich denen, die in QI 43xx14 abgefragt werden, entsprechen, für diesen Indikator nur die für diese individuelle Behandlung relevanten Dimensionen zu prüfen sind. Es wird zudem nicht mehr nach der Dokumentation gefragt, sondern nach dem Datum der Durchführung. Die Rechenregel wurde so angepasst, dass Therapieabbrüche aus dem Indikator herausgerechnet werden.

vertraulich

Tabelle 19: Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie“ (QI 43xx20)

Bezeichnung	**Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie**
Qualitätsziel	In möglichst allen Fällen soll im Therapieverlauf geprüft und dokumentiert werden, ob die für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen sowie die patientenindividuellen Therapieziele in einem Umfang erreicht sind, der es angemessen erscheinen lässt, die Beendigung der Therapie einzuleiten.
Indikatortyp	Prozessindikator
Zähler	Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, bei denen im Therapieverlauf die für die Behandlung relevanten Dimensionen und das Erreichen der individuellen Therapie(teil)ziele überprüft wurden
Nenner	Anzahl der Fälle, für die eine Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie als Kurzzeit- oder Langzeittherapie im Einzelsetting durch eine Psychologische Psychotherapeutin / einen Psychologischen Psychotherapeuten oder eine ärztliche Psychotherapeutin / einen ärztlichen Psychotherapeuten abgerechnet wurde (Grundgesamtheit des QS-Verfahrens)

5.5.2.2 Qualitätsindikator „Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses“

Entsprechend des Ergebnisses des ersten Treffens des Expertengremiums wurde das konkretisierte Qualitätsmerkmal „Prüfen einer ggf. vorliegenden Indikation für eine Rezidivprophylaxe durch die Therapeutin / den Therapeuten und die Patientin / den Patienten“ in den folgenden Entwicklungsschritten weiter zum Qualitätsindikator operationalisiert.

Mit dem Qualitätsindikator werden alle Fälle erfasst, für die eine Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie als Kurzzeit- oder Langzeittherapie im Einzelsetting abgerechnet wurde. Die inhaltliche Ausgestaltung der Datenfelder leitet sich dabei zum einen aus den Empfehlungen der Leitlinien (Abschnitt 5.5.1) und der Expertise aus dem Expertengremium ab, zum anderen orientiert sie sich an den in der deutschen psychiatrischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern und seinen Versorgungsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen im Rahmen des GKV-Systems. Da diese vielfältig sind, wurde die Verengung auf die Rezidivprophylaxe verworfen, zumal diese nur sehr eingeschränkt im Sinne einer Leistung entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie zur Verfügung steht. Die Datenfelder enthalten ausschließlich Anforderungen, die grundsätzlich verfahrens- und diagnoseunabhängig in Betracht kommen.

Da es sich bei dem Indikator um einen Prozessindikator handelt, ist eine Risikoadjustierung nicht erforderlich. Es wird ein Referenzbereich von ≥ 95 % vorgeschlagen, da nicht das Einleiten sich anschließender Maßnahmen, sondern lediglich das Prüfen der Notwendigkeit gefordert wird.

vertraulich

Ergebnisse des Expertengremiums

Das Expertengremium begrüßt die Erweiterung der Behandlungsoptionen über die Rezidivprophylaxe hinaus. Dass der Indikator nunmehr keine Indikationsprüfung im strengen Wortsinn, sondern eine *Abklärung der Erforderlichkeit* für sich der Therapie anschließende Versorgungsmöglichkeiten fordert, wird ebenfalls positiv aufgenommen. Einige Expertinnen und Experten sprachen sich dafür aus, alle Items zu einem allgemeinen Datenfeld zusammenzuführen. Dies würde aber keine valide Dokumentation mehr ermöglichen.

Der Tabelle 20 ist der abschließend operationalisierte Qualitätsindikator zur Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen zu entnehmen. Die Rationale für den Qualitätsindikator sowie die Datenfelder zur Berechnung des Zählers und Nenners finden sich im zugehörigen Indikatordatenblatt im Indikatorenset 1.0.

Anpassungen nach Beteiligungsverfahren

Der Nenner wurde dahingehend geändert, dass nunmehr nur die Anzahl der Fälle, in denen die Notwendigkeit anschließender Maßnahmen auch besteht, um das Behandlungsergebnis abzusichern, in den Indikator eingeht. Zu diesem Zweck wurde auch eine entsprechende Filterfrage in der Operationalisierung ergänzt. Zudem wurde ein Datenfeld: „Wurde die Erforderlichkeit einer weiteren Betreuung mittels eines psychotherapeutischen Gespräches geprüft? (Einzelbehandlung GOP 23220)“ (DF 36.1>) ergänzt, um diese in der Versorgungspraxis häufig gewählte Option abbilden zu können.

vertraulich

Tabelle 20: Qualitätsindikator „Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses“ (QI 43xx21)

Bezeichnung	**Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses**
Qualitätsziel	In der Abschlussphase der Therapie soll in möglichst allen Fällen geprüft werden, ob eine Rezidivprophylaxe oder andere Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses erforderlich sind.
Indikatortyp	Prozessindikator
Zähler	Anzahl der Fälle, in denen in der Abschlussphase der Therapie abgeklärt wurde, ob nach Therapiebeendigung eine Rezidivprophylaxe oder andere Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses erforderlich sind.
Nenner	Anzahl der Fälle, in denen die Notwendigkeit anschließender Maßnahmen besteht, um das Behandlungsergebnis abzusichern

5.6 Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Outcome“

5.6.1 Ableitung der patientenrelevanten Qualitätsmerkmale

Das Behandlungsziel einer Richtlinien-Psychotherapie und die Bewertung des Behandlungsergebnisses orientieren sich wesentlich an den individuellen Bedürfnissen und Zielen der Patientinnen und Patienten. Zu den patientenrelevanten Outcomes, die diagnose- und therapieverfahrensunabhängig in einem QS-Verfahren betrachtet werden könnten, zählen die Veränderung der Symptomatik im Sinne einer Symptomlinderung bzw. -reduzierung, die Veränderung der Funktionalität im Sinne einer Verbesserung der Funktionalität, z. B. in Bereichen wie soziale Beziehungen, Arbeit oder Haushalt, und die Veränderung der Lebensqualität im Sinne einer Verbesserung sowie die Zielerreichung, d. h. das Erreichen individuell gesetzter Therapieziele. Der Therapiezielerreichung kommt dabei für die Beurteilung des Outcomes besondere Bedeutung zu. Ergebnisse einer psychotherapeutischen Behandlung wie beispielsweise die Symptomverringerung oder Verbesserung der Funktionalität oder Lebensqualität sollten daher immer im Zusammenhang mit dem Erreichen der individuell formulierten Therapieziele beurteilt werden. Aus Perspektive der Patientinnen und Patienten sind die Verringerung der Symptomatik, Strategien zum Umgang mit Symptomen, Selbstmanagementfähigkeiten, das Erlernen praktisch anwendbarer Fähigkeiten und Copingstrategien zentrale positive Effekte einer Psychotherapie. Aber auch eine Verbesserung der interpersonellen Beziehungsmuster und der psychosozialen Funktionalität werden patientenseitig als wichtige Outcomes genannt. Outcomes einer ambulanten Psychotherapie werden bisher in der deutschen Versorgung nicht regelhaft und systematisch erfasst (IQTIG 2019d).

Für den Qualitätsaspekt wurden anhand der eingeschlossenen Leitlinien zunächst **sechs Qualitätsmerkmale** herausgearbeitet:

- Erreichen individuell gesetzter Therapieziele
- (Grad der Therapiezielerreichung)
- Verbesserung der Symptomatik
- Verbesserung der Funktionalität
- Verbesserung der (sozialen) Teilhabe
- Verbesserung der Lebensqualität
- Fertigkeiten und Strategien zur Krankheitsbewältigung (Selbstmanagementfähigkeiten und Copingstrategien, selbstwirksamer Umgang mit der Erkrankung und ihren Symptomen)

Ableitung der Qualitätsmerkmale

Die Qualitätsmerkmale **„Verbesserung der (sozialen) Teilhabe“**, **„Verbesserung der Lebensqualität“** und **„Fertigkeiten und Strategien zur Krankheitsbewältigung (Selbstmanagementfähigkeiten und Copingstrategien, selbstwirksamer Umgang mit der Erkrankung und ihren Symptomen)“** sind initial bei der parallel in der Entwicklung befindlichen Patientenbefragung verortet und wurden für die Indikatorenentwicklung für die fallbezogene QS-Dokumentation nicht weiterverfolgt. Begründet ist dies auch darin, dass entsprechend der Beauftragung des G-BA für das

Vertraulich

zukünftige QS-Verfahren kein standardisiertes Instrument vorgegeben werden darf, was einer zielführenden Outcome-Erhebung durch den Leistungserbringer entgegensteht.

Die Qualitätsmerkmale zur **Therapiezielerreichung, Symptomverbesserung und Verbesserung der Funktionalität** wurden zunächst weitergeführt und dem Expertengremium zur Beratung vorgelegt.

Bevor Ergebnisse einer Psychotherapie und deren Qualität gemessen werden können, bedarf es zunächst der Definition, was die Ziele und Ergebnisse einer Psychotherapie sind. Um Ergebnisqualität zu messen, ist es erforderlich festzustellen, wann eine psychotherapeutische Intervention als erfolgreich beurteilt werden kann (Rubel et al. 2017). In seinem narrativen Review definiert Cuijpers (2019) das Ziel einer Behandlung übergeordnet als das, was während des therapeutischen Prozesses versucht wird zu erreichen, und betont, dass es „[…] obviously is to make patients better or to help them cope with the problems they have“ (Cuijpers 2019). Die Beurteilung, ob das Ergebnis einer psychotherapeutischen Intervention gut sei, scheint jedoch auch abhängig von der Person, die dies beurteilt. So haben Patientinnen und Patienten, Therapeutinnen und Therapeuten, Angehörige, die Gesellschaft etc. jeweils unterschiedliche Vorstellungen darüber, wie ein zufriedenstellendes Ergebnis einer Psychotherapie auszusehen habe (De Smet 2019). In der Literatur findet sich eine Vielzahl betrachteter Ergebnisse von Psychotherapien. Die verschiedenen beschriebenen Ergebnisse von Psychotherapien werden, nachfolgend zusammengefasst, als Outcomes bezeichnet. Als betrachtete Outcomes finden sich beispielsweise die Symptomreduktion (Altmann et al. 2018), die Verbesserung der Lebensqualität (z. B. Laws et al. 2018, Linardon und Brennan 2017, Kolovos et al. 2016), die Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus (Laws et al. 2018), individuell festgelegte Therapieziele, selten ökonomische Outcomes und auch negative Outcomes (Cuijpers 2019).

Im narrativen Review von Cuijpers (2019) wird eine sich aus dieser Vielzahl unterschiedlicher Outcomes von Psychotherapien ergebende Problematik gut dargestellt: Die Vergleichbarkeit von durchgeführten Studien in Metaanalysen ist erschwert, da unterschiedliche Outcomes betrachtet und diese wiederum durch eine Vielzahl unterschiedlicher Messmethoden erfasst werden. In einer Metaanalyse mit 310 randomisierten kontrollierten Studien (*randomized controlled trial*s) mit Patientinnen und Patienten mit Depression und Psychotherapie wurde beispielsweise in allen Studien das gleiche Outcome „depressive Symptome“ betrachtet, jedoch mittels 30 verschiedener Erfassungsinstrumente gemessen (Cuijpers 2019). Ganz allgemein wird, unabhängig vom Bereich der Psychotherapie, aufgrund dieser Herausforderung über die Anwendung standardisierter Outcome-Sets, sogenannter Core Outcome Sets (COS), und Sets von Messinstrumenten zu deren Erfassung diskutiert, um Studienergebnisse in Metaanalysen miteinander vergleichen zu können (Prinsen et al. 2016). In einem systematischen Review zur Identifikation veröffentlichter COS konnten (Gargon et al. 2014) insgesamt 198 Studien entsprechend ihrer Einschlusskriterien identifiziert werden, von denen drei dem Bereich der „Psychischen Gesundheit“ entstammen und sich auf die bipolare Störung, die Major Depression und die psychische Gesundheit im Kontext der forensischen Medizin beziehen. Darüber hinaus stellt sich die Herausforderung, dass auch, wenn dasselbe Outcome wie z. B. die Symptomreduktion betrachtet wird und die Messung über das gleiche Messinstrument erfolgt, für die betrachteten Symptome

vertraulich

eine einheitliche Definition erforderlich ist, was z. B. unter einer Remission zu verstehen ist. Für die Major Depression wurden entsprechend Definitionsvorschläge für die Begriffe Remission, Rückfall, Heilung und Wiederauftreten entwickelt (Rush et al. 2006).

Hill et al. (2013) betonen, dass das Problem bei der Definition und Messung von Outcomes in der Psychotherapie daher rühre, dass es sich, anders als bei anderen Therapieverfahren, nicht um ein einzeln zu betrachtendes Outcome handele und nicht ein Outcome für alle passe, sondern vielmehr jede Dyade aus Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut individuelle Erfahrungen mit individuellen Ergebnissen erziele.

Eine weitere Herausforderung besteht darin, dass das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* gemäß der Beauftragung „verfahrensübergreifende“ Gültigkeit haben soll. Problematisch könnte sein, dass möglicherweise nicht alle Outcomes für alle Therapieverfahren als sinnvoll erachtet werden. Das Outcome der Symptomatik/Symptomreduktion wird beispielsweise sehr häufig in Psychotherapiestudien betrachtet (Cuijpers 2019). Dabei handelt es sich überwiegend um Studien zu psychotherapeutischen Interventionen im Sinne der kognitiven Verhaltenstherapie (Cuijpers 2019). Nach dem Verständnis der psychodynamischen Therapieverfahren stellen Symptome jedoch ein Ergebnis der Persönlichkeit und intrapsychischen Probleme dar und werden daher nicht in den Fokus solcher Studien gestellt (Cuijpers et al. 2019). Dass die Persönlichkeit und die intrapsychischen Veränderungen durch eine Psychotherapie nach psychoanalytischem Verständnis das wichtigste Outcome darstellen, auch wenn sie nicht sicher messbar seien, arbeiten auch Hill et al. (2013) heraus. Die Dichotomie zwischen der psychodynamischen und behavioralen Perspektive berücksichtigend, zitieren Hill et al. (2013) zur Frage, was überhaupt das Outcome einer Psychotherapie sei „If you can’t count it, it doesn’t count” versus „If you can count it, that ain’t it” (Holsti 1969: 112). Dennoch findet sich in der orientierenden Recherche auch Literatur, in der für psychodynamische Verfahren als Outcome unter anderem die Symptomreduktion betrachtet wurde (Driessen et al. 2017).

Anhand der gesichteten Literatur finden sich Anhalte dafür, dass Ergebnisse/Outcomes von Psychotherapien bereits gemessen werden. Häufig wird die Änderung, die eine Therapie bewirkt, ermittelt, indem mithilfe eines Messinstruments vor Beginn der Intervention der Ausgangszustand erhoben und nach Beendigung der Therapie dieselbe Messung nochmals durchgeführt wird (Sandell 2015). Rubel et al. (2017) betonen jedoch, dass es sich bei Psychotherapie um einen sehr komplexen Gegenstandsbereich handelt, in dem sich die meisten Forscherinnen und Forscher einig seien, dass ein Therapieergebnis nicht eindimensional beurteilt werden könne, sondern vielmehr verschiedene Datenquellen (z. B. Therapeutin/Therapeut, Patientin/Patient, Angehörige), Untersuchungsmethoden (z. B. Ratingverfahren, Fragebogen, Leistungstest), Datenebenen (z. B. psychisch, ökonomisch, sozial) sowie inhaltliche Konstrukte (z. B. symptomatische Belastung, psychosoziales Funktionsniveau, Lebensqualität) zur Beurteilung der Ergebnisqualität herangezogen werden sollten. In der Literatur finden sich diverse psychometrische Instrumente zur Verlaufs- und Ergebniskontrolle in der Psychotherapie. Darunter finden sich sowohl störungsspezifische als auch störungsübergreifende Instrumente (Rubel et al. 2017).

Das Therapieergebnis kann von verschiedenen beteiligten Stakeholdern gemessen/beurteilt werden, so durch die Patientinnen und Patienten selber, die Therapeutinnen und Therapeuten

vertraulich

oder aber auch durch Eltern, Ehepartnerinnen und Ehepartner oder Lehrerinnen und Lehrer (Tasca et al. 2019). Cuijpers et al. (2010) postulieren, dass ein Unterschied besteht, wer das Outcome misst oder bewertet, also ob es von den Patientinnen und Patienten selber oder von den Therapeutinnen und Therapeuten beurteilt wird. Schulz et al. (2009) sind mit ihrer Untersuchung der Frage des Zusammenhangs zwischen der Einschätzung der Ergebnisqualität seitens der Patientinnen und Patienten und der Therapeutinnen und Therapeuten in der Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen nachgegangen und kommen zu einem ähnlichen Schluss. Betrachtet wurde die Lebensqualität mittels SF-8-Fragebogen und es konnte gezeigt werden, dass sich abweichende Übereinstimmungsraten zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung für die unterschiedlichen Items des Fragebogens fanden. So konnte eine vergleichsweise hohe Übereinstimmung für das Item „Körperliche Schmerzen“ gezeigt werden, während sich eine besonders niedrige für das Item „Soziale Funktionsfähigkeit“ fand (Schulz et al. 2009). Die Erfassung von Outcomes aus Patientinnen- und Patientensicht und die Erfassung relevanter patientenindividueller Outcomes ist auch deshalb von Wichtigkeit, da sich zwar möglicherweise eine Symptomreduktion nachweisen lässt, aber weiterhin Probleme in anderen Outcome-Bereichen wie beispielsweise bei der Regulierung der Emotionen, dem Umgang mit Stress oder dem Pflegen sozialer Beziehungen bestehen können (Barber und Solomonov 2019). Dies unterstreicht auch die bereits dargelegte Argumentation, dass Ergebnisqualität in der Psychotherapie mehrdimensional erfasst werden sollte (Rubel et al. 2017).

Im Zusammenhang mit der Erfassung von Outcomes im Verlauf einer Psychotherapie ergibt sich die Frage nach den dafür geeigneten Zeitpunkten. Die Studie von Da Costa et al. (2019) hat sich mit der Frage des angemessenen Zeitpunkts zur Erfassung von Outcome-Messungen im Verlauf einer psychodynamischen Therapie beschäftigt und hierfür verschiedene Outcomes sowie die Stärke der therapeutischen Bindung als auf sie wirkende Einflussgrößen betrachtet (Da Costa et al. 2019). Dabei konnten die Autorinnen und Autoren zeigen, dass sich die betrachteten Outcomes, die über den OQ-45 erfasst wurden, bereits nach vier Sitzungen signifikant gegenüber der Ausgangsmessung verbessert hatten (Da Costa et al. 2019). Inwiefern dieses Ergebnis auf andere Therapieverfahren, Outcomes oder zugrunde liegende Störungen übertragbar ist, kann auf Basis dieser Untersuchung nicht beantwortet werden. Tasca et al. (2019) definieren Outcome-Monitoring als Evaluation des Outcomes von Patientinnen und Patienten mittels psychometrischer Tests. Dies sollte wenigstens vor und nach, idealerweise auch häufiger während einer Therapie eingesetzt werden. Das Ziel des Outcome-Monitorings sei die Erfassung der Effektivität einer Therapie im Hinblick auf die Symptomreduktion, Lebensqualität oder andere Bereiche der Funktionalität, die vonseiten der Patientinnen und Patienten oder Therapeutinnen und Therapeuten als wichtig erachtet werden (Tasca et al. 2019).

Im Zuge dieser Recherche konnten verschiedene Fragebögen bzw. Messinstrumente identifiziert werden, die sich mit der Erfassung von Outcomes beschäftigen. Darin werden beispielsweise die Symptombelastung oder das psychosoziale Funktionsniveau erfasst. Das Brief Symptom Inventory (BSI) beispielsweise umfasst in seiner Langversion 53 Items, die auf einer 5-Punkte-Skala per Selbstbeurteilung beantwortet werden und dient der Erfassung psychischer Symptome in neun verschiedenen Symptomkategorien während der vergangenen sieben Tage (Derogatis und

Vertraulich

Melisaratos 1983). Der Ergebnisfragebogen Outcome Questionnaire-45 (OQ-45) kann für verschiedene psychische Störungen angewendet werden und dient der longitudinalen, kontinuierlichen Erfassung des Verlaufs von Behandlungen psychischer Störungen (Lambert et al. 1996). Es werden drei verschiedene Domänen erfasst: Symptombelastung, zwischenmenschliche Beziehungen und soziale Integration. Der Fragebogen ist auch in einer deutschen Version validiert (Lambert et al. 2002). Die Messungen können zu jeder Sitzung oder in variablen Intervallen erfolgen. Der OQ-45 besteht aus 45 Items, die die Patientin / der Patient mittels einer fünfstufigen Skala (nie, selten, manchmal, oft, fast immer) beantwortet. Das Messinstrument Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM) ist ein vom Therapieverfahren unabhängiges Instrument, mit dem das gesundheitliche Wohlbefinden, die Symptomatik, die Funktionalität sowie die Fremd- und Eigengefährdung als Outcomes anhand von 34 Items erfasst werden (Evans et al. 2000).

Wenn Ergebnisqualität im Rahmen der externen Qualitätssicherung erfasst werden soll, ist zu bedenken, ob bereits Einflussfaktoren für ein gutes bzw. weniger gutes Outcome beschrieben sind. Huber et al. (2017) haben dies beispielsweise für Patientinnen und Patienten mit einer Depression untersucht, die entweder eine psychodynamische oder eine verhaltenstherapeutische Psychotherapie erhalten haben. Anhand der untersuchten Population von 67 Patientinnen und Patienten konnten sie zeigen, dass es verschiedene Prädiktoren und Moderatoren für das Therapie-Outcome gibt. Als Prädiktoren konnten sie das Geschlecht, den Angestelltenstatus, Ängstlichkeit/Angst, Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung, Lebensqualität und als Moderatoren körperliche Beschwerden, kognitive Einschränkungen, paranoide Symptomatik, einen aufopferungsvollen und „attributionalen“ Lebensstil und die Anzahl kritischer Lebensereignisse ermitteln (Huibers et al. 2015). In ihrer Metaanalyse zeigen Windle et al. (2020), dass auch der Umstand, dass Patientinnen und Patienten die Therapieform erhalten, die sie bevorzugen, einen Einfluss auf das Therapie-Outcome hat und dieses verbessert. Die Arbeit von Huber et al. (2017) gibt Hinweise darauf, dass die Veränderung des persönlichen Funktionsniveaus während der Therapie einen langfristigen Einfluss auf das Outcome „Symptombelastung“ besitzt. Für die Verhaltenstherapie konnte gezeigt werden, dass es einen Einfluss auf das Outcome „Symptomschwere“ hat, wenn sich bereits früh in der Therapie eine Symptomreduktion einstellt, d. h. diese Prädiktoren für das Therapie-Outcome darstellen (Gmeinwieser et al. 2020). Auch für die therapeutische Beziehung konnte gezeigt werden, dass diese einen Einfluss auf das Therapie-Outcome hat (Flückiger et al. 2018).

Psychotherapien können, wie andere Therapien, Nebenwirkungen aufweisen und es kann in ihrem Verlauf auch zu negativen Outcomes kommen. Genau wie für „positive Outcomes“ bedarf es einer Definition für „negative Outcomes“; diese ist jedoch noch nicht allgemeingültig formuliert worden (Cuijpers et al. 2018a). Ein erhöhtes Risiko der klinischen Verschlechterung oder schwerwiegende unerwünschte Ereignisse gelten als anerkannte negative Outcomes, wobei das Nichtansprechen auf eine Therapie oder ein ungeplanter Therapieabbruch ebenso als negative Outcomes definiert werden können (Cuijpers 2019). Cuijpers et al. (2018a) haben in einer Meta-Analyse die Verschlechterungsraten (Symptomatik) von Patientinnen und Patienten mit Depression unter Psychotherapie mit denen von Patientinnen und Patienten mit Depression ohne Psychotherapie verglichen. Sie konnten einerseits zeigen, dass die Patientinnen und Patienten mit

vertraulich

Psychotherapie eine geringere Verschlechterungsrate aufwiesen als die Kontrollgruppe ohne Psychotherapie, aber sich auch 4 % der Patientinnen und Patienten unter Psychotherapie verschlechterten. In anderen Studien betrug dieser Anteil bis zu 10 % (Cuijpers et al. 2018a). Eine Frage, die sich im Zusammenhang mit der Erfassung von Outcomes und dem beauftragungsbedingten Anspruch eines störungsübergreifenden QS-Verfahrens stellt, ist, ob es Anhalte in der Literatur gibt, dass bestimmte Outcomes für bestimmte Störungsbilder als Endpunkte oder Messgrößen für Ergebnisqualität weniger geeignet sind als andere oder ob bestimmte Störungsbilder ein höheres Risiko für „negatives Outcome" haben als andere. Zimmermann et al. (2017) haben sich in einer Untersuchung mit 707 Patientinnen und Patienten mit der Frage beschäftigt, inwiefern die Therapeutin bzw. der Therapeut Einfluss auf ein vorzeitiges Therapieende hat, aber auch, ob beispielsweise die Persönlichkeitsstruktur der Patientin bzw. des Patienten einen Einfluss darauf hat. Die Forscher konnten dabei herausfinden, dass eine histrionische oder eine weniger zwanghafte Persönlichkeitsstruktur eher mit einem Therapieabbruch assoziiert sind.

Potenzial zur Verbesserung

Eine zentrale Dimension des Rahmenkonzepts für Qualität, entsprechend den „Methodischen Grundlagen" des IQTIG, ist – vor dem übergreifenden Leitbild der Patientenzentrierung – die Wirksamkeit (*effectiveness*) der Behandlung. Diese wird als eine grundlegende Anforderung an die Gesundheitsversorgung gesehen, die bei einer umfassenden leistungserbringerbezogenen Qualitätsbeurteilung berücksichtigt werden sollte. Die tatsächliche Wirksamkeit der Versorgung ist dabei im Sinne der Patientenzentrierung und folglich der Qualitätssicherung maßgeblich (IQTIG 2019b). Dabei wird unter Wirksamkeit der Versorgung das Ausmaß verstanden, in dem die angestrebten Versorgungsergebnisse tatsächlich auch erreicht werden, und zielt unmittelbar auf den Nutzen für Patientinnen und Patienten ab (IQTIG 2019b).

Systematische Outcome-Erhebungen sind derzeit in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung kein Standard. Durch die Einführung einer Ergebnisbetrachtung im Rahmen des QS-Verfahrens würde dies erstmals für alle Leistungserbringer und alle Fälle verbindlich etabliert werden.

Ergebnisse des Expertengremiums

Die Qualitätsmerkmale zum Aspekt „Outcome" wurden außerordentlich kontrovers diskutiert. Wenn verpflichtend festgelegte Parameter der Ergebnisqualität erhoben werden würden (z. B. Grad der Symptomverbesserung), würde dies fast zwangsläufig zu einer Patientenselektion führen. So kann die Symptomatik reduziert sein, der Patientin / dem Patienten kann es dennoch wesentlich schlechter gehen und umgekehrt. Denkbar ist auch, dass Therapeutin/Therapeut und Patientin/Patient sehr zufrieden sind, ohne dass es nennenswerte messbare Verbesserungen, z. B. hinsichtlich der Symptomatik, gibt und umgekehrt. Ferner benötigen konkrete Ergebnisse immer eine Interpretation im spezifischen und patientenindividuellen Kontext. Zudem gibt es kurzfristige und auch erst langfristig darstellbare Outcomes.

Gleichzeitig wurde auch darauf hingewiesen, dass Therapeutinnen/Therapeuten und Patientinnen/Patienten Psychotherapie machen, um eine Verbesserung zu erreichen. Deshalb sollte auch

vertraulich

grundsätzlich eine Outcome-Erhebung erfolgen; die Beurteilung bestimmter vorgegebener Dimensionen wäre aber völlig unzureichend, mit Ausnahme der Therapiezielerreichung, die abgefragt werden sollte.

Die Expertinnen und Experten sprachen sich im Zuge der Diskussion aber auch dafür aus, mit den Patientinnen und Patienten über das Outcome zu reflektieren und das Ergebnis zu dokumentieren. Ein möglicher Konsens ist, dass es nicht zielführend sei, verpflichtende Dimensionen für alle Verfahren und Diagnosen für die Outcome-Erhebung festzulegen, aber grundsätzlich eine Outcome-Erfassung durchgeführt werden sollte.

Das Expertengremium sprach sich mehrheitlich gegen die verpflichtende Verwendung psychometrischer Messverfahren zur Outcome-Erhebung aus. Um dennoch auf die Ergebnisqualität zu fokussieren, muss das Outcome mehrdimensional für den individuellen Fall überprüft werden, unter Nutzung verschiedener Methoden, zu denen beispielsweise das strukturierte klinische Interview gehört.

Im Ergebnis wurde ein Konsens bezüglich einer Prozessbetrachtung von Outcome-Erhebung gefunden. Die Merkmale wurden zu dem Indikatorentwurf **„Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie“** modifiziert.

5.6.2 Operationalisierte Qualitätsmerkmale

Nach Prüfung auf Hinweise für bestehenden Verbesserungspotenzial sowie Beratung durch das Expertengremium, lag für den Qualitätsaspekt „Outcome“ **ein konkretisiertes Qualitätsmerkmal** vor, das im nächsten Entwicklungsschritt operationalisiert wurde (siehe Tabelle 21).

Tabelle 21: Konkretisierte Qualitätsmerkmale und Qualitätsindikatoren des Qualitätsaspekts „Outcome“

Qualitätsaspekt	Konkretisierte Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren
Outcome	Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie	Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie

5.6.2.1 Qualitätsindikator „Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie“

Entsprechend des Ergebnisses des Treffens des Expertengremiums wurde das konkretisierte Qualitätsmerkmal „Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie“ in den folgenden Entwicklungsschritten weiter zum Qualitätsindikator operationalisiert.

Mit dem Qualitätsindikator werden alle Fälle erfasst, für die eine Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie als Kurzzeit- oder Langzeittherapie im Einzelsetting abgerechnet wurde. Dabei wird nicht das Erheben und Dokumentieren definierter Outcomes gefordert, sondern eine Erhebung des Behandlungsergebnisses hinsichtlich der behandlungsrelevanten Dimensionen und der Therapiezielerreichung. Dadurch kann die Verfahrens- und Diagnoseunabhängigkeit auch dieses Indikators gewährleistet werden und der Indikator der Individualität der Behandlungsanlässe und -ziele gerecht werden.

vertraulich

Zusätzlich erfasst werden die Gründe für die Beendigung der Psychotherapie, da diese für die Auswertung des Indikators relevant sind. Wie beispielsweise mit Patientinnen und Patienten, die ihre Behandlung unabgesprochen abgebrochen haben, umzugehen ist, muss in Absprache und Abstimmung mit den Entwicklungsergebnissen der Patientenbefragung voraussichtlich nach der Machbarkeitsprüfung entschieden werden. Nach gegenwärtigem Stand sollten diese Patientinnen und Patienten aus dem Indikator herausgenommen werden.

Da es sich bei dem Indikator um einen Prozessindikator und nicht um einen Indikator, der ein konkretes Outcome erfasst, handelt, ist eine Risikoadjustierung nicht erforderlich. Es wird ein Referenzbereich von ≥ 95 % vorgeschlagen.

Ergebnisse des Expertengremiums

Die Mitglieder des Expertengremiums begrüßen ausdrücklich, dass im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung keine konkret vorgegebenen Outcomes erhoben werden, sondern zunächst der Prozess der Ergebniserfassung als Standard in der Versorgung etabliert werden soll. Dadurch kann die ausgeprägte Patientenindividualität der Behandlung gewahrt und die Verfahrens- und Diagnoseunabhängigkeit sichergestellt werden. Die Expertinnen und Experten sehen ebenfalls die Notwendigkeit, die Gründe der Beendigung differenziert zu erfassen.

Der Tabelle 22 ist der abschließend operationalisierte Qualitätsindikator zur Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie zu entnehmen. Die Rationale für den Qualitätsindikator sowie die Datenfelder zur Berechnung des Zählers und Nenners finden sich im zugehörigen Indikatordatenblatt im Indikatorenset 1.0.

Anpassungen nach Beteiligungsverfahren

Das Datenfeld „Erhebungsdatum des Ergebnisses und der Überprüfung der Therapiezielerreichung“ wurde gestrichen. Zudem wurde in dem Datenfeld: „Grund der Beendigung dieser Richtlinientherapie“ (DF 38) die Antwortoption 4= „Verlängerung beantragt“ geändert in „Verlängerung wurde von der Krankenkasse abgelehnt“, da hier auf die Übernahme der Leistungspflicht durch die Krankenkasse abgestellt werden muss. Zudem wird bei der Erhebung der individuellen behandlungsrelevanten Dimensionen und der Therapiezielerreichung nach dem Datum der Dokumentation gefragt (DF 39.1> und DF 40.1>). Die Rechenregel und der Zähler wurden optimiert.

Tabelle 22: Qualitätsindikator „Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie“ (QI 43xx22)

Bezeichnung	Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie
Qualitätsziel	In möglichst vielen Fällen soll in der Abschlussphase der Therapie das Ergebnis in den für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen und das Erreichen der patientenindividuellen Therapieziele festgestellt werden.
Indikatortyp	Prozessindikator

vertraulich

Zähler	Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen in der Abschlussphase der Therapie das Ergebnis in den für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen und das Erreichen der patientenindividuellen Therapieziele erhoben wurde
Nenner	Anzahl der Fälle, für die eine Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie als Kurzzeit- oder Langzeittherapie im Einzelsetting durch eine Psychologische Psychotherapeutin / einen Psychologischen Psychotherapeuten oder eine ärztliche Psychotherapeutin / einen ärztlichen Psychotherapeuten abgerechnet wurde (Grundgesamtheit des QS-Verfahrens)

vertraulich

6 Empfohlene Qualitätsindikatoren

Bezogen auf das Erfassungsinstrument der fallbezogenen QS-Dokumentation werden für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* neun Qualitätsindikatoren empfohlen (Tabelle 23), die ausschließlich die Prozessqualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie im Einzelsetting adressieren. Die Indikatoren sind diagnose- und verfahrensunabhängig anwendbar und können grundsätzlich auch auf die Systemische Therapie angewendet werden. Für das QS-Verfahren wird durch die empfohlenen Indikatoren ein Rahmen vorgegeben, der je nach angewandtem Therapieverfahren spezifisch und patientenindividuell von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten gefüllt werden kann.

Tabelle 23: Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation für das QS-Verfahren „Ambulante Psychotherapie“

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikator	Indikatortyp
Diagnostik	Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen (QI 43xx14)	Prozessindikator
	Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten (QI 43xx15)	Prozessindikator
Therapiezielvereinbarung	Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen (QI 43xx16)	Prozessindikator
Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf	Reflexion des Therapieverlaufs (QI 43xx17)	Prozessindikator
	Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf (QI 43xx18)	Prozessindikator
Kooperation	Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten (QI 43xx19)	Prozessindikator
Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes	Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie (QI 43xx20)	Prozessindikator
	Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses (QI 43xx21)	Prozessindikator
Outcome	Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie (QI 43xx22)	Prozessindikator

vertraulich

Alle empfohlenen Qualitätsindikatoren durchliefen im Zuge der einzelnen Entwicklungsschritte eine Prüfung bezüglich der methodisch festgelegten Eignungskriterien des Qualitätsziels des Indikators. Bei allen empfohlenen Qualitätsindikatoren liegt eine *unmittelbare Bedeutung für die Patientinnen und Patienten* vor sowie ein *Zusammenhang mit einem unmittelbaren bzw. mittelbaren patientenrelevanten Ziel*. Zudem kann jeder Qualitätsindikator mindestens einer Qualitätsdimension des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität zugeordnet werden (siehe Tabelle 24).

Darüber hinaus wurde für jeden Qualitätsindikator auf Basis der vorliegenden Informationsquellen und der Einschätzungen des Expertengremiums das *Potenzial zur Verbesserung* in der Versorgung dargelegt.

Die eindeutige Zuordnung der Qualitätsindikatoren zu den identifizierten Qualitätsaspekten zeigt, dass die *Übereinstimmung mit dem Qualitätsaspekt* gegeben ist (siehe Tabelle 23). Zudem sind die mit den Indikatoren adressierten Inhalte der Prozessqualität grundsätzlich *von den Leistungserbringern beeinflussbar* und können jeweils der *Verantwortung* eines bestimmten Leistungserbringers *zugeschrieben* werden. Hinsichtlich *unerwünschter Wirkungen oder Fehlanreizen* durch die Qualitätsindikatoren besteht grundsätzlich das Risiko, dass bei unflexiblen Vorgaben bezüglich der einzelnen Details, und insbesondere der Zeitpunkte der geforderten Prozesse, nachteilig in den Therapieprozess eingegriffen würde. Dies könnte zu einer unerwünschten Selektion durch die Leistungserbringer führen, wodurch wiederum insbesondere für schwerer erkrankte Patientinnen und Patienten ein erschwerter Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung entstehen würde. Diesem Problem konnte im Laufe der Entwicklung durch die konkrete Operationalisierung begegnet werden.

Neben den Eignungskriterien des Qualitätsziels des Indikators wurden auch, soweit möglich, die Eignungskriterien des Messverfahrens berücksichtigt. Da die Qualitätsindikatoren ausschließlich auf Basis einer fallbezogenen QS-Dokumentation zu erfassen sein werden, wird die *Objektivität* und *Validität* der Messung sowie die *Datenqualität* als relativ hoch eingeschätzt, sofern eine stichprobenartige Datenvalidierung anhand der Primärdokumentation beim Leistungserbringer erfolgen kann.

Zum Eignungskriterium der *Reliabilität* kann im aktuellen Entwicklungsstadium noch keine Aussage getroffen werden. Bezüglich der *Praktikabilität* des Messverfahrens ist aufgrund der beauftragten Datenquelle, die fallbezogene QS-Dokumentation, festzuhalten, dass für die beteiligten Leistungserbringer ein gewisser zusätzlicher Aufwand entstehen wird, der im Rahmen einer Machbarkeitsprüfung genauer erhoben werden sollte. Anzumerken ist jedoch, dass dieser Aufwand überschaubar bleiben wird, da die Datenfelder prozessbegleitend über den gesamten Behandlungsverlauf dokumentiert werden können und die Anzahl der pro Leistungserbringer jährlich abgeschlossenen Richtlinien-Psychotherapien nicht sehr groß ist. Durch die Möglichkeit der automatischen Ausleitung der Einträge in die administrativen Datenfelder und die gezielte Datenfeldsteuerung mittels Filterfragen kann der künftige Aufwand minimiert werden.

vertraulich

Zusammen mit dem Expertengremium wurden die vorliegenden Qualitätsindikatoren in ihrer Gesamtheit betrachtet. Übergeordnete Fragen der Gesamtbetrachtung waren (vgl. IQTIG 2019b):

- Liegen Überschneidungen zwischen den Indikatoren vor?
- Sollen Qualitätsindikatoren zu Indizes zusammengeführt werden?
- Kann das Indikatorenset als ein ausgewogenes Bündel angesehen werden, dessen Ziele/Anreize miteinander im Gleichklang stehen? Gibt es Widersprüche?
- Handelt es sich um ein in der Erhebung datensparsames, im Aufwand für die Leistungserbringer angemessenes und auf die wichtigsten Verbesserungsbedarfe fokussiertes Indikatorenset?
- Werden konkrete Umsetzungshürden für das ausgestaltete QS-Verfahren erwartet und wenn ja, welche?

Nach Einschätzung des Expertengremiums liegen Qualitätsindikatoren ohne inhaltliche Überschneidungen zwischen den entwickelten Indikatoren vor. Begrüßt wird, dass die Indikatoren den Verlauf der Behandlung abbilden können, dabei aber keine für die Behandlung nachteiligen, unflexiblen Vorgaben machen. Mit den Qualitätsindikatoren könnten grundsätzlich – bei allen Unterschieden – alle eingeschlossene Therapieverfahren und Diagnosen adressiert werden, womit eine Vergleichbarkeit möglich erscheint. Eine umfassende Einschätzung des Qualitätsindikatorensets wird jedoch erst in der Zusammenschau mit den Indikatoren, die auf Basis der Patientenbefragung entwickelt werden, vorgenommen werden können. Durch die Expertinnen und Experten wurde nochmals nachdrücklich darauf hingewiesen, dass Probleme mit der Akzeptanz durch die Leistungserbringer zu erwarten sind, da zwischen und innerhalb der einzelnen Therapieverfahren divergierende Einschätzungen und Haltungen gegenüber der Einführung eines QS-Verfahrens bestehen.

Deutlich wird beim Abgleich mit den Dimensionen des Rahmenkonzepts für Qualität des IQTIG (siehe Tabelle 24), dass die Indikatoren alle Dimensionen adressieren. Die Qualitätsdimension „Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit“ wird jedoch ausschließlich durch die Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses adressiert, wenngleich der Zugang zur ambulanten Psychotherapie – wie ausführlich im Zwischenbericht zur Entwicklung des Qualitätsmodells beschrieben – ein substanzielles Qualitätsproblem in der Versorgung besteht. Ursächlich dafür ist, dass dieser Qualitätsaspekt nicht mit den Möglichkeiten der gesetzlichen externen Qualitätssicherung adressierbar ist und daher bereits im Qualitätsmodell für die weitere Indikatorenentwicklung nicht berücksichtigt werden konnte (IQTIG 2019d).

Im Ergebnis liegen somit fokussierte und datensparsame Qualitätsindikatoren vor, welche alle Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells, die dem Instrument der fallbezogenen QS-Dokumentation zugeordnet wurden, adressieren. Erstmals konnte auch für einen Qualitätsaspekt zur Kooperation ein Indikator entwickelt werden. Für eine umfassende Beurteilung des gesamten Indikatorensets ist jedoch die Entwicklung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung für dieses QS-Verfahren abzuwarten.

vertraulich

Hinsichtlich der Umsetzung sind Herausforderungen zu erwarten, da für den Versorgungsbereich der ambulanten Psychotherapie bislang noch keinerlei Strukturen oder Erfahrungen für die gesetzliche Qualitätssicherung existieren. Es gibt zudem deutliche Hinweise darauf, dass die Akzeptanz des Verfahrens bei den Leistungserbringern zunächst problematisch sein wird. Diesem Problem sollte, beispielsweise durch zielführende, frühzeitige Information und Kommunikation, entgegengewirkt werden.

vertraulich

Tabelle 24: Zuordnung der Qualitätsindikatoren zu den Qualitätsdimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts

Qualitätsindikatoren	Wirksamkeit	Patienten-sicherheit	Ausrichtung der Versorgungs-gestaltung an den Patientinnen und Patienten	Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit	Angemessenheit	Koordination und Kontinuität
Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen (QI 43xx14)	x	-	-	-	x	-
Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten (QI 43xx15)	x	-	x	-	x	-
Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen (QI 43xx16)	x	-	x	-	x	-
Reflexion des Therapieverlaufs (QI 43xx17)	x	x	-	-	x	-
Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf (QI 43xx18)	x	-	x	-	x	-

vertraulich

Qualitätsindikatoren	Wirksamkeit	Patienten-sicherheit	Ausrichtung der Versorgungs-gestaltung an den Patientinnen und Patienten	Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit	Angemessenheit	Koordination und Kontinuität
Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten (QI 43xx19)	-	-	-	-	x	x
Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie (QI 43xx20)	x	x	x	-	x	-
Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungs-ergebnisses (QI 43xx21)	x	x	x	x	x	x
Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie (QI 43xx22)	-	-	x	-	x	-

vertraulich

7 Umsetzungs- und Auswertungskonzept

7.1 Allgemeine Informationen zur Datenerfassung

7.1.1 Verfahrensart (bundes-/länderbezogenes Verfahren)

Die DeQS-RL unterscheidet in Teil 1 § 2 zwischen länder- und bundesbezogenen Verfahren. Gemäß Absatz 1 sind grundsätzlich länderbezogene Verfahren durchzuführen. Die in Absatz 2 skizzierten Kriterien zur Durchführung eines bundesbezogenen Verfahrens treffen für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* nicht zu. Die Anzahl der Fälle (jährlich ca. 1,5 Million Fälle) sowie die Zahl der potenziell betroffenen Leistungserbringer (rund 6.000 ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, rund 22.000 Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, rund 300 MVZ) ist ausreichend groß, sodass ein **länderbezogenes Verfahren** angezeigt ist.

7.1.2 Vollerhebung/Stichprobe

Für die dokumentationsbasierten Indikatoren des zukünftigen QS-Verfahrens ist eine Vollerhebung vorgesehen. Konkret werden **alle Behandlungsfälle** mit Richtlinien-Psychotherapie **aller Leistungserbringer** mit den Fachgruppencodes 51, 58, 60, 61 und 68, die Leistungen nach der Psychotherapie-Richtlinie erbringen, eingeschlossen. QS-pflichtig wird ein Behandlungsfall im Erfassungsjahr mit Beendigung der Psychotherapie (Auslösung der QS-Pflicht durch GOP-Zusatzziffer 88130 oder GOP-Zusatzziffer 88131). Wenngleich die bundesweite Fallzahl sehr hoch ist, verteilt sich diese auf eine ebenfalls sehr hohe Zahl von Leistungserbringern. Zudem werden pro Auswertungszeitraum nur die abgeschlossenen Fälle in die Qualitätssicherung eingeschlossen. Dadurch reduziert sich die Fallzahl pro Leistungserbringer erheblich, sodass ein Stichprobenverfahren die zur Auswertung zur Verfügung stehenden Fälle nochmals verringern und einer sinnvollen Auswertung auf Leistungserbringerebene entgegenstehen würde.

7.1.3 Einbezogene Datenquellen und Erhebungsinstrumente

Im Rahmen der Qualitätssicherung nach § 136 ff. SGB V sowie der DeQS-RL werden dem Institut nach § 137a SGB V (IQTIG) Daten aus unterschiedlichen Quellen zur Erfüllung seiner Aufgaben übermittelt. Gegenwärtig stehen als Datenquellen die QS-Dokumentation beim Leistungserbringer, Routinedaten in Form von Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie die Befragung von Patientinnen und Patienten zur Verfügung.

Der Zugriff auf die in den Datenquellen verfügbaren Informationen wird über sogenannte Erhebungsinstrumente realisiert. In einem Erhebungsinstrument werden Regelungen und Vorgaben zur Selektion, Transformation und Übermittlung von Informationen aus den Datenquellen getroffen, um die Anforderungen der Datensparsamkeit, des Datenschutzes und der Datensicherheit zu gewährleisten. Erhebungsinstrumente, die aktuell im Regelbetrieb genutzt werden, sind beispielsweise die QS-Basisspezifikation zur Erhebung der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer oder die Sozialdatenspezifikation zur Erhebung der Sozialdaten bei den Krankenkassen. Die Spezifikationen definieren Filterkriterien zur Identifikation und Selektion des

vertraulich

korrekten Patientenkollektivs beispielsweise auf Basis von Diagnose- und Prozedurkodes (QS-Filter), geben die zu dokumentierenden Datenfelder sowie damit zusammenhängende Regelungen (z. B. Formate und Plausibilitätsregeln) vor, legen die Transformation der selektierten Informationen fest, bevor diese an das IQTIG weitergeleitet werden (z. B. Umwandlung des Geburtsdatums der Patientin / des Patienten vor dem Export in das Alter), und definieren, wie die Daten bei der Übermittlung vom Leistungserbringer über die Datenannahmestellen auf Landesebene und die unabhängige Vertrauensstelle verschlüsselt und pseudonymisiert werden müssen. Grundlegende Vorgaben hierzu werden durch die DeQS-RL des G-BA getroffen und innerhalb der Erhebungsinstrumente detailliert ausgearbeitet.

Für das zukünftige QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* ist neben einer Patientenbefragung, die separat entwickelt wird, ausschließlich eine fallbezogene QS-Dokumentation der Leistungserbringer vorgesehen. Diese Daten werden mit dem Erhebungsinstrument der *Spezifikation für fallbezogene QS-Dokumentation* erhoben.

7.2 Fallbezogene QS-Dokumentation

7.2.1 Grundlagen und rechtliche Rahmenbedingungen

Die QS-Dokumentation beim Leistungserbringer stellt ein seit vielen Jahren etabliertes Instrument der gesetzlichen Qualitätssicherung dar und ist in § 299 Abs. 1 SGB V geregelt. Die Erforderlichkeit der zu erhebenden Daten wird in den themenspezifischen Bestimmungen der DeQS-RL vom G-BA festgelegt. Die QS-Dokumentation beim Leistungserbringer kann sowohl fallbezogen als auch einrichtungsbezogen erfolgen. Im Rahmen der fallbezogenen QS-Dokumentation können Informationen über fallbezogene Prozesse und Ergebnisse der erbrachten Leistungen beim Leistungserbringer erhoben werden. Bei der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation liegt der Fokus auf einmal jährlich erhobenen Informationen zu Strukturen, zum Prozessmanagement und zu aggregierten Prozessdaten der Einrichtung selbst. Die einrichtungsbezogenen Informationen haben keinen direkten Fall- oder Patientenbezug. Da eine Dokumentation direkt beim Leistungserbringer erfolgt, können nahezu alle Fragestellungen detailliert beantwortet und Informationen erhoben werden, die über den Informationsgehalt von z. B. Abrechnungsdatensätzen, wie sie im Rahmen der Sozialdaten bei den Krankenkassen genutzt werden, hinausgehen oder spezifischer als die kodierten Informationen sein können.

Die Erhebung von QS-Daten beim Leistungserbringer verursacht Dokumentationsaufwand in den einzelnen Einrichtungen. Aus diesem Grund ist stets zu prüfen, ob die Information automatisiert, beispielsweise aus der Primärdokumentation im Praxisverwaltungssystem (PVS), in den Dokumentationsbogen übernommen werden kann.

7.2.2 Datenselektion (QS-Filter)

Die Auswahl der Patientinnen und Patienten, die in das QS-Verfahren eingeschlossen werden sollen, erfolgt nach festgelegten Kriterien. Diese Kriterien werden als QS-Filter bezeichnet. Der QS-Filter selektiert mittels Ein- und Ausschlusskriterien alle Patientinnen und Patienten, die die Grundgesamtheit des QS-Verfahrens bilden. Für dieses QS-Verfahren sind dies gesetzlich versicherte Patienten und Patientinnen ab 18 Jahren mit mindestens einer gesicherten Diagnose

Vertraulich

nach ICD-10-GM aus der Tabelle im Anhang B.2 bei Leistungserbringern mit einem Fachgruppencode 51, 58, 60, 61 oder 68 sowie der zusätzlichen GOP 88130 (Beendigung einer Richtlinien-Psychotherapie ohne anschließende Rezidivprophylaxe) oder GOP 88131 (Beendigung einer Richtlinien-Psychotherapie mit anschließender Rezidivprophylaxe) zum Therapieende in einem Behandlungsquartal im Indexjahr. Die Ein- und Ausschlusskriterien für die dokumentationspflichtigen Fälle sowie der QS-Filter sind ausführlich im Anhang B.5 dargestellt.

Das Öffnen eines Dokumentationsbogens in der Software beim Leistungserbringer erfolgt mit Beginn der Indexleistung (GOP für eine psychotherapeutische Einzeltherapie), um eine prozessbegleitende, zeitnahe Dokumentation beim Leistungserbringer zu gewährleisten. Ein Abschluss und Export des Datensatzes erfolgt erst mit Erreichen der Auslösung der Dokumentationspflicht durch GOP 88130 oder GOP 88131. Eine abschließende Liste der GOPs, die den Dokumentationsbogen beim Leistungserbringer öffnen, findet sich in Anhang B.4.

7.2.3 Erforderliche Datenfelder

Der Dokumentationsbogen für die ambulante fallbezogene QS-Dokumentation besteht aus 89 Datenfeldern, die zur Berechnung der 9 Qualitätsindikatoren genutzt werden. Hinzu kommen 12 administrative Datenfelder, sodass sich insgesamt 101 Datenfelder ergeben. Hierbei ist zu beachten, dass die Datenfeldnummerierung in dem Indikatorenset bis DF 40 geht, da die restlichen Datenfelder abhängige Datenfelder sind.

In Tabelle 25 wird die Anzahl der Datenfelder pro Indikator für die ambulante fallbezogene QS-Dokumentation aufgeführt sowie die Summe der Datenfelder ausgewiesen.

Tabelle 25: Anzahl der Datenfelder im Dokumentationsbogen für die fallbezogene ambulante QS-Dokumentation

Indikator	Anzahl der Datenfelder
Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen	13
Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten	9
Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen	2
Reflexion des Therapieverlaufs	6
Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf	9
Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten	29
Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie	8

vertraulich

Indikator	Anzahl der Datenfelder
Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses	7
Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie	6
Administrative Datenfelder (diese werden ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand erfasst)	12
Summe der Datenfelder	**101**
Summe der Datenfelder (abzüglich administrativer Datenfelder)	**89**

7.2.4 Prüfung der Datenqualität

Im Regelbetrieb werden die folgenden Aspekte der Datenqualität routinemäßig geprüft:

- Vollzähligkeit: Übereinstimmung der Anzahl der gelieferten QS-Datensätze mit der Anzahl der (erwarteten) dokumentationspflichtigen Datensätze
- Vollständigkeit: alle erforderlichen Angaben zu einem einzelnen Datensatz (Behandlungsfall) sind vorhanden
- Plausibilität: erlaubte Werte, plausible Werteverteilungen (datenfeldbezogen) und Wertekombinationen (datenfeldübergreifend)
- Konkordanz/Übereinstimmungsvalidität: Übereinstimmung mit einer Referenzquelle (IQTIG 2019b)

Dabei besteht der Prozess der Datenvalidierung in der externen Qualitätssicherung aus drei Elementen:

- technische Prüfung bei Dateneingabe und -annahme
- statistische Prüfung der erhobenen Daten nach Datenannahme
- stichprobenbezogener Datenabgleich mit Referenzquelle nach Datenannahme (IQTIG 2019b)

Hinsichtlich des Datenabgleichs mit einer Referenzquelle (externe Validierung) kommt vorzugsweise die ärztliche bzw. therapeutische Originaldokumentation infrage (siehe ausführlich IQTIG 2019b: Abschnitt 14.3). Eine Validierung anhand der Behandlungsakte oder einer ggf. zukünftig eingeführten standardisierten Dokumentation ist für das zukünftige QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* möglich.

7.2.5 Vollzähligkeit (Soll/Ist-Abgleich) und Vollständigkeit

Die Bestimmung der Vollzähligkeit im vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Bereich erfolgt durch die Datenannahmestellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen auf Basis der quartalsweisen Abrechnung der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bzw. Ärztinnen und Ärzte. Das zu dokumentierende Soll wird von den Datenannahmestellen an die Bundesauswertungsstelle übermittelt. Eine Bestimmung der Vollzähligkeit für

vertraulich

selektivvertraglich erbrachte Leistungen ist bisher nicht möglich, da die selektivvertraglichen Leistungserbringer ihre Leistungen im Regelfall direkt gegenüber der Krankenkasse abrechnen. Es kommt erschwerend hinzu, dass in selektivvertraglichen Verträgen Abrechnungsnummern vereinbart werden können, die nicht als Abrechnungsziffer im EBM-Katalog enthalten sind. Für diese Konstellation zeichnet sich jedoch ggf. mittelfristig aufgrund des kürzlich in Kraft getretenen § 293a des Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG) eine Lösung ab, da im Rahmen dessen eine bundesweite Vertragstransparenzstelle vom Bundesamt für Soziale Sicherung für Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V und Verträge über eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V eingerichtet wird. Obschon dem Institut einzelne Selektivverträge, in deren Rahmen Richtlinien-Psychotherapien stattfinden, bekannt geworden sind, bleibt ungeklärt, ob und welche Selektivverträge über die GOPs des EBM abrechnen und welche über eigene Abrechnungssysteme vergütet werden. Ausgelöst werden können nur Fälle, bei denen eine GOP zum Therapieende abgerechnet wird. In diesen Fällen würde sich für die Ermittlung der Vollzähligkeit durch das IQTIG keine besondere Problematik ergeben: In § 15 Abs. 2 DeQS-RL ist festgelegt und bereits etabliert, dass selektivvertragliche Leistungen von den Leistungserbringern an die Datenannahmestelle für Selektivverträge übermittelt und von dort an das IQTIG weitergeleitet werden (jährliche Sollstatistik). Das IQTIG kann aus den übermittelten QS-Daten und der Sollstatistik die Vollzähligkeit berechnen. Die Vollständigkeit der beim Leistungserbringer dokumentierten Datensätze wird durch Vorgaben der Softwarespezifikation sichergestellt. Für jedes zu dokumentierende Datenfeld im Erfassungsbogen werden Regeln definiert. Beispielsweise kann festgelegt werden, ob ein Datenfeld obligatorisch zu dokumentieren ist, ob es optional ist oder welcher Datentyp in dem Datenfeld erlaubt ist (z. B. Text, Ganzzahl, ja/nein) und ob das Datenfeld von anderen Datenfeldern abhängig ist. Während der Speicherung der Eingaben, vor dem Export der Datensätze beim Leistungserbringer sowie beim Empfang der Daten in der Bundesauswertungsstelle, können die dokumentierten Informationen mithilfe eines Datenprüfprogramms auf Vollständigkeit, formale Korrektheit und Plausibilität geprüft werden. Sollten bei der Prüfung Auffälligkeiten festgestellt bzw. mitgeteilt werden, muss der entsprechende Datensatz vom Leistungserbringer korrigiert bzw. ergänzt werden, bevor er durch die Software erneut an die Datenannahmestelle übermittelt werden kann.

Die neueste Änderung des § 137 SGB V im Gesetzesentwurf des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) erweitert die bisher geltende 100-prozentige Dokumentationspflicht der stationären Leistungserbringer im Rahmen der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung explizit auch auf die ambulanten Leistungserbringer.

vertraulich

7.3 Grundmodell des Datenflusses

7.3.1 Erhebung und Pseudonymisierung von patienten- und leistungserbringer-identifizierenden Daten

Die Gewährleistung des Datenschutzes ist ein essenzieller Bestandteil der datengestützten, einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung des G-BA. Aus diesem Grund wird in den entsprechenden Richtlinien des G-BA die Pseudonymisierung von patienten- und leistungserbringeridentifizierenden Daten gefordert. Im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* erfolgt ausschließlich eine fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer. Eine Erhebung von patientenidentifizierenden Daten (eGK-Versichertennummer) ist in diesem QS-Verfahren nicht vorgesehen, da eine Zusammenführung der fallbezogenen QS-Dokumentation mit Daten aus weiteren Datenquellen anhand des Patientenpseudonyms derzeit nicht beabsichtigt ist. Dagegen ist eine Erhebung von leistungserbringeridentifizierenden Daten (Betriebsstättennummer der Vertragsärztin / des Vertragsarztes, BSNR) für die leistungserbringerbezogene Auswertung der Daten in den Rückmeldeberichten sowie für die Durchführung der qualitätsfördernden Maßnahmen im Rahmen eines Feedback-Dialogs notwendig. Die leistungserbringeridentifizierenden Daten werden beim Leistungserbringer erhoben und in der Datenannahmestelle auf Landesebene (Kassenärztliche Vereinigungen) mittels eines kryptografischen Verfahrens in ein Pseudonym überführt. Dieses Pseudonym wird an das IQTIG als Bundesauswertungsstelle übermittelt. Eine De-Pseudonymisierung durch die Datenannahmestelle zur Übermittlung der Berichte an die Leistungserbringer bzw. zur Unterstützung der Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) bei der Durchführung der qualitätssichernden Maßnahmen ist gemäß den Vorgaben der DeQS-RL des G-BA festgelegt.

Das IQTIG veröffentlicht jährlich die QS-Basisspezifikation. Diese Spezifikation wird in Form von Microsoft Access-Datenbanken, Komponenten wie beispielsweise einem Datenprüfprogramm, Verschlüsselungsprogrammen oder Pseudonymisierungsprogrammen sowie ergänzenden Dokumenten wie z. B. Anwenderinformationen, Ausfüllhinweisen und der technischen Dokumentation zur Verfügung gestellt. Die Spezifikation enthält alle Informationen, die zur Umsetzung der Vorgaben des G-BA in einem Softwareprodukt notwendig sind. Das sind z. B. die Erfassungsfelddefinitionen, zulässige Wertebereiche, Plausibilitätsregeln und Datenlieferfristen. Die Spezifikation enthält ebenfalls Regelungen, wie die Transformation der selektierten Informationen zu erfolgen hat (z. B. Umwandlung des automatisch aus dem PVS übernommenen Geburtsdatums der Patientin / des Patienten vor dem Export in das Alter), und definiert, wie die leistungserbringeridentifizierenden Daten bei der Übermittlung vom Leistungserbringer über die Datenannahmestellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen an das IQTIG als Bundesauswertungsstelle verschlüsselt und pseudonymisiert werden müssen. Weitere grundlegende Vorgaben hierzu werden in den entsprechenden Richtlinien des G-BA getroffen und innerhalb der Erhebungsinstrumente detailliert ausgearbeitet.

vertraulich

7.3.2 Datenflüsse

Die beim Leistungserbringer dokumentierten fallbezogenen QS-Datensätze werden, gemäß den Vorgaben der jeweiligen themenspezifischen Bestimmungen der DeQS-RL, an die Datenannahmestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelt, dort hinsichtlich der Leistungserbringer pseudonymisiert und schließlich an die Bundesauswertungsstelle (IQTIG) weitergeleitet. Bei allen Übermittlungen erfolgt eine Transportverschlüsselung der Daten in Form von einer separat durchgeführten Verschlüsselung bzw. der Nutzung eines sicheren Übertragungsweges (wie z. B. das sichere Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen). Abgeschlossene Datensätze können gemäß DeQS-RL quartalsweise jeweils zum 15. Mai, 15. August und 15. November des Erfassungsjahres sowie zum 28. Februar des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres an die jeweils zuständige Datenannahmestelle geliefert werden. Zudem besteht eine allgemeine Korrekturmöglichkeit für alle in den vorigen Quartalen gelieferten QS-Daten bis zum 15. März des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres. Die QS-Daten müssen anschließend von den Datenannahmestellen bis zum 23. März des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres an die Bundesauswertungsstelle übermittelt werden.

Für das QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie wird es erforderlich sein, dass ein Schließen und Übersenden der dokumentationspflichtigen Fälle unmittelbar mit der Beendigung der Therapie (i. S. d. GOPs 88130/88131) erfolgt. Nur so ist es möglich, dass relevanten Datenflüsse für die Patientenbefragung zeitnah initiiert werden können.

In der folgenden Abbildung 10 ist die schematische Darstellung der Datenflüsse dargestellt.

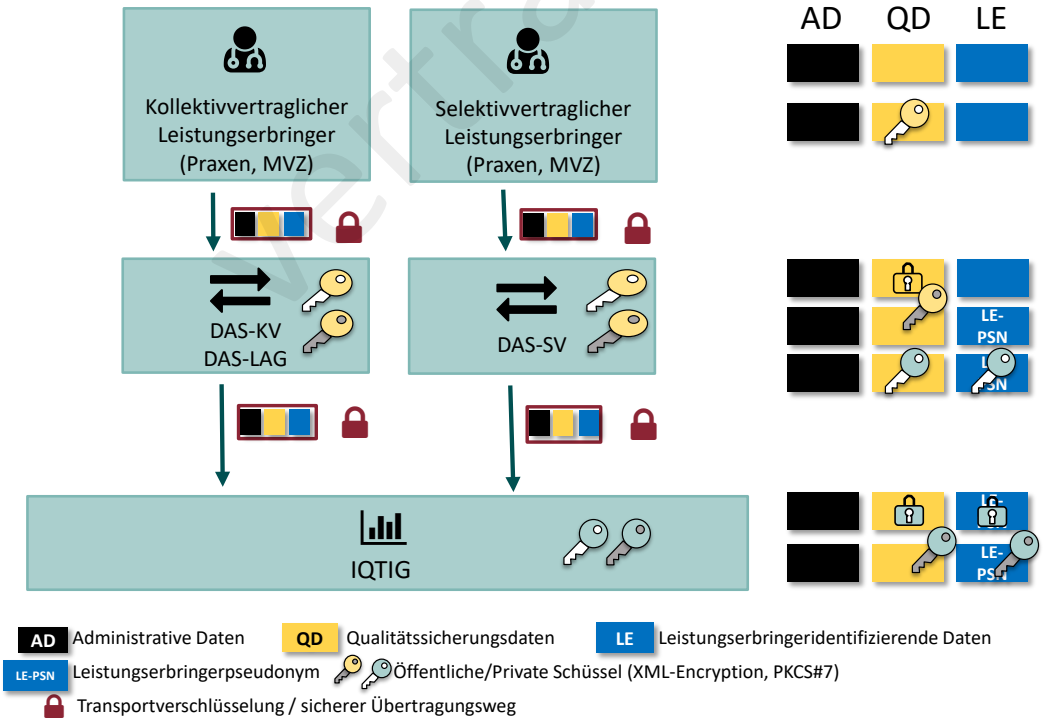


Abbildung 10: Datenflüsse der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

vertraulich

Da sich eine Richtlinien-Psychotherapie regelmäßig über mehrere Quartale und häufig auch über ein Kalenderjahr erstreckt, sollte der Dokumentationsbogen beim Leistungserbringer schon zu Beginn der Psychotherapie durch die Software geöffnet werden, um eine therapiebegleitende Dokumentation zu ermöglichen. Eine QS-Pflicht, d. h. der Export der Datensätze, kann aber erst durch das Vorliegen der das Therapieende markierenden GOPs ausgelöst werden. Der sogenannte Beobachtungszeitraum kann also jeweils mit der Dauer der Psychotherapie variieren. Die externe QS-Dokumentation erfolgt nur für die im Erfassungsjahr abgeschlossenen Richtlinien-Psychotherapien, schließt dann aber Informationen aus dem gesamten Verlauf der Psychotherapie retrospektiv ein. Softwaretechnisch wäre daher beim Leistungserbringer ein Übertrag offener, noch nicht abgeschlossener Dokumentationsbögen in die Softwareversion des Folgejahres vorzusehen.

7.4 Softwareumsetzung

Gegenwärtig basieren alle QS-Verfahren hinsichtlich des genutzten Verfahrens zur Datenerfassung auf vom IQTIG erstellte Spezifikationen, die regelmäßig durch Softwarehersteller in ein IT-Produkt umgesetzt werden müssen. Diese Dokumentationssoftware wird im Regelbetrieb eines QS-Verfahrens sowohl für die Datenerhebung als auch zur Selektion der für das jeweilige QS-Verfahren relevanten Behandlungsfälle (QS-Filter) beim Leistungserbringer benötigt (IQTIG 2019b). Um einen frühzeitigen Austausch über die technischen Umsetzungsmöglichkeiten bezüglich einer späteren Softwarelösung zu ermöglichen und ggf. Umsetzungshürden rechtzeitig zu identifizieren, wurde ein Softwareanbietertreffen durchgeführt. Das IQTIG lud bundesweit über die IQTIG-Homepage, den Newsletter der KBV sowie einen umfassenden E-Mail-Verteiler zu diesem Treffen ein. Der Online-Workshop fand am 11. November 2020 mit insgesamt 17 Vertreterinnen und Vertretern von 11 externen Softwareanbietern, der KBV bzw. Kassenärztlichen Vereinigungen.

Alle Leistungserbringer müssen sich seit dem 30. Juni 2020 verpflichtend an die Telematikinfrastruktur (TI) anbinden und elektronisch abrechnen (§ 219b SGB V). Aus diesem Grund wird perspektivisch jede Psychotherapeutin und jeder Psychotherapeut mit Kassensitz eine Software zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung nutzen. Aus Sicht der Softwareanbieter und einiger Vertreterinnen und Vertreter der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen sei es daher empfehlenswert, wenn die Vorgaben zur Qualitätssicherung in diese Software integriert werden können. Zum einen hätte dies den Vorteil, dass die Leistungserbringer keine weiteren Softwareprodukte installieren müssen, da, im Unterschied zu großen Arztpraxen oder Krankenhäusern, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Regel durch keine eigene IT-Administration unterstützt werden können. Zum anderen würde damit ein etablierter Kommunikationskanal genutzt, was die Akzeptanz der Leistungserbringer steigern sollte. Wenngleich die Anbindung an die TI bereits verpflichtend ist, soll ein nicht zu vernachlässigender Teil der Leistungserbringer bislang noch nicht an die TI angeschlossen sein. Laut einer Umfrage der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV) aus dem Jahr 2020, an der 2.600 ihrer Mitglieder teilnahmen, sind 77 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bereits an die TI angeschlossen, während 16 % der Befragten noch keinen Anschluss beantragt haben. Von den 16 % der Befragten, die noch keinen Anschluss haben, lehnen 70 % die TI grundsätzlich ab (DPtV 2020).

vertraulich

Die Öffnung eines elektronischen Dokumentationsbogens soll beim Leistungserbringer anhand der Diagnose (ICD-10-GM), die Auslösung der dokumentationspflichtigen QS-Fälle anhand der abgerechneten GOPs erfolgen, da diese ohnehin von den Leistungserbringern elektronisch erfasst werden müssen. Ebenfalls wird bereits jetzt regelhaft ein Datensatz zu jeder Patientin / jedem Patienten elektronisch angelegt, da zu Abrechnungszwecken die Versichertenkarte in jedem Quartal eingelesen werden muss.

In welchem Umfang Praxissoftwareprodukte in der psychotherapeutischen Versorgung etabliert sind, wurde in dem PraxisBarometer Digitalisierung 2020 der KBV untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass die psychotherapeutischen Praxen einen deutlich geringeren Digitalisierungsgrad aufweisen als andere Facharztgruppen. Lediglich 6 % der befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben ihre Praxisdokumentation komplett digitalisiert, wohingegen rund 38 % der Befragten die Patientendokumentation nahezu vollständig in Papierform vornehmen (Albrecht et al. 2020).

Nach derzeitigem Stand dominieren fünf Systemsoftwareanbieter in diesem Versorgungsbereich und haben zusammen einen Marktanteil von 94,5 % (Albrecht et al. 2020).

Softwareanbieter und einiger Vertreterinnen und Vertreter der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen schlugen vor, dass die an die TI angebundenen Portale wie KV-Connect, KV SafeNet oder der Kommunikationsdienst im Gesundheitswesen (KIM) genutzt werden können. KV-Connect ist ein Kommunikationsdienst der KBV und Kassenärztlichen Vereinigungen, welcher sicher und datenschutzkonform ist und ausschließlich im KV-SafeNet sowie über die TI zur Verfügung steht. Zur Sicherstellung des Datenschutzes und der Datenintegrität werden von diesen Diensten elektronische Signaturen genutzt, die nahtlos und unkompliziert durch den Leistungserbringer verwendet werden können. KV-Connect ermöglicht den sicheren Datenaustausch zwischen den Leistungserbringern direkt aus dem jeweiligen Softwaresystem heraus (KBV 2021b). Eine weitere mögliche Schnittstelle besteht über das Sichere Netz der KVen (SNK), welches eine Online-Infrastruktur darstellt, die von der KBV und den Kassenärztlichen Vereinigungen bundesweit aufgebaut wurde, um den hohen Datenschutz- und Datensicherheitsanforderungen gerecht zu werden. Hiermit können unter anderem Patienten- und Honorardaten übermittelt werden, wobei dem Schutz der personenbezogenen Daten oberste Priorität einzuräumen ist. Die Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten erhalten sicheren Zugang zu den Diensten und Anwendungen. Bei der sicheren Anbindung über das KV-SafeNet handelt es sich um ein Hardware-VPN. Der Anschluss wird mittels einem von der KBV zertifizierten Provider durchgeführt (KBV 2020c). Mithilfe des KV-SafeNet wird eine geschützte und vom Internet getrennte Verbindung aufgebaut, welche eine datenschutzgerechte Anbindung ermöglicht (KBV 2021e). Eine weitere Möglichkeit, die QS- Software zu integrieren, ist die Nutzung des Kommunikationsdienstes KIM, wodurch Praxen, Kliniken und Krankenkassen medizinische Dokumente elektronisch und sicher über die TI versenden und empfangen können. Die Funktion entspricht der eines E-Mail-Programms, wobei jede KIM-Nachricht Ende-zu-Ende-verschlüsselt ist (KBV 2021a). Über KIM können für den Versand der Daten sowie für das Datenflussprotokoll jeweils spezifische, sogenannte KIM-Nachrichten definiert werden, wodurch die

Vertraulich

Praxisverwaltungssoftware die Informationen des Datenflussprotokolls direkt anhand des Nachrichtentyps einlesen und die Ergebnisse der Prüfung dem Leistungserbringer zur Verfügung stellen kann. Zukünftig soll die gesamte elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen ausschließlich über KIM laufen (KBV 2021a), da eine Datenübertragung via E-Mail oder Internet nicht zielführend bzw. aufgrund der datenschutzrechtlichen Erfordernisse nicht zulässig ist.

Weiterhin sieht der Gesetzgeber vor, dass alle Softwareanbieter die Archiv- und Wechselschnittstelle ab 2021 verpflichtend als Standardschnittstelle bereitstellen müssen (auf Basis von HL7 Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR®; § 291d SGB V). Da die KBV zukünftig alle Spezifikationen basierend auf HL7 FHIR® veröffentlichen wird, wird dies der De-facto-Standard für die ambulanten Softwareanbieter werden. Bei der Erstellung der IQTIG-Spezifikation sollte auch auf HL7 FHIR® gesetzt werden, um den Implementierungs- und Einarbeitungsaufwand zu minimieren. Es würde auf die bereits bestehenden medizinischen Informationsobjekte (MIOs) der KBV zurückgegriffen werden können, welche den Softwareentwicklern bereits bekannt sind.

Die Datenflussprotokolle und Rückmeldeberichte werden dem Leistungserbringer in standardisierter Form zurückgemeldet. Aus diesem Grund ist die Implementierung einer Schnittstelle in den Softwaresystemen des Leistungserbringers sinnvoll, mit denen diese automatisiert eingelesen, fehlerhafte Fälle zur Bearbeitung geöffnet und die Identifikation auffälliger Fälle im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens angezeigt werden können. Dies kann zu einer verbesserten Akzeptanz des QS-Verfahrens führen. Hierbei werden v.a. zwei Herausforderungen gesehen: Einerseits muss das System vertrauensvoll sein, d. h., der Datenschutz muss gewährleistet sein, und andererseits muss der zusätzliche Aufwand für die Leistungserbringer minimiert werden. Die technische Umsetzung wäre über KIM möglich. Da ein Teil der Leistungserbringer erhebliche Vorbehalte gegenüber der Softwarenutzung und elektronischen Datenübertragung hat, werden die Aufklärung und Information zum Datenschutz sehr relevante Themen sein, die auch die Akzeptanz des QS-Verfahrens berühren.

Das IQTIG sieht derzeit keine Umstände, die die erforderliche Softwareumsetzung der späteren Spezifikation grundsätzlich gefährden würde. Die Spezifikationen für die QS-Dokumentation kann grundsätzlich auch auf Therapien, die über den Jahreswechsel hinausgehen, ausgerichtet werden. Die Entscheidung darüber, welche der hier vorgestellten Optionen priorisiert werden, liegt beim G-BA und sollte insbesondere unter Berücksichtigung pragmatischer und datenschutzrechtlicher Aspekte diskutiert werden.

7.5 Auswertungskonzept

Die Beauftragung des G-BA beinhaltet, den Nutzen eines längeren, beispielsweise 2-jährigen, Beobachtungszeitraums[24] zu überprüfen (G-BA 2018c). Das zukünftige QS-Verfahren ist hinsichtlich der dokumentationsbasierten Indikatoren als Vollerhebung konzipiert, sodass ca. 1,5 Millionen QS-Fälle bei ca. 28.000 Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeutinnen eingeschlossen würden. Es sind daher pro Leistungserbringer relativ kleine Fallzahlen zu erwarten (siehe Abschnitt 4.7).

[24] Gemeint ist hierbei, dass bei der Auswertung zwei Datenjahre zusammengefasst werden.

vertraulich

Zudem dauert eine Richtlinien-Psychotherapie regelmäßig länger als ein Jahr bzw. erstreckt sich über einen oder mehrere Jahreswechsel. Eine Dokumentationspflicht, d. h. der Export der Datensätze, kann aber erst durch das Vorliegen der das Therapieende markierenden GOPs ausgelöst werden. Für das jeweilige Erfassungsjahr werden nur abgeschlossene Richtlinienpsychotherapien QS-pflichtig, die jeweiligen QS-Dokumentationen schließen dann aber Informationen aus dem gesamten Verlauf der Psychotherapie retrospektiv ein.

Durch einen zweijährigen Auswertungszeitraum kann die Zahl der Fälle pro Leistungserbringer gegenüber einem einjährigen Auswertungszeitraum vergrößert werden. Ein Stellungnahmeverfahren und eine qualitative Bewertung der Auffälligkeiten könnten demnach jeweils nach zwei Erfassungsjahren erfolgen. Dabei sollen alle Leistungserbringer im gleichen Rhythmus (nicht versetzt) ausgewertet werden, damit sie im Sinne eines Benchmarks miteinander vergleichbar bleiben. Dieses Vorgehen ermöglicht auch einen längeren Bearbeitungszeitraum für das Stellungnahmeverfahren und die Qualitätsförderungsmaßnahmen, was angesichts der sehr hohen Anzahl an Leistungserbringern entlastend für die beauftragten Stellen und die Expertengremien auf Landesebene wäre. Die im Zuge der jährlichen Richtlinienanpassung erfolgenden Überarbeitungen der Spezifikation und Rechenregeln, einschließlich der Referenzbereiche, müssten dann auf die vorgeschlagenen Auswertungszeiträume ausgerichtet werden.

Eine quantitative Auswertung der Qualitätsindikatoren bzw. alternierende Zwischenberichte (ohne Auslösung qualitätssichernder Maßnahmen nach Teil 1 § 17 DeQS-RL, Jahre 3, 5, 7) an die Leistungserbringer könnte dabei einmal jährlich erfolgen. Dabei könnten im Sinne von rollierenden Fenstern die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren z. B. über jeweils die letzten beiden Erfassungsjahre berechnet werden. Nur in jedem zweiten Erfassungsjahr würde dann die Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 17 DeQS-RL (u. a. Stellungnahmeverfahren und qualitative Bewertung durch die Fachkommissionen auf Landesebene) erfolgen. Nur von Fachkommissionen bewertete Indikatorergebnisse kommen für eine Veröffentlichung infrage.

In die Analysen mit rollierenden Fenstern gingen demnach immer die Daten aus zwei Erfassungsjahren ein, sodass die statistischen Auffälligkeiten auf durchschnittlich den gleichen Grundgesamtheiten an QS-Fällen je Leistungserbringer berechnet würden. Ein Fall kann demnach zwar in zwei rollierende Auswertungsfenster eingehen, kann aber nur einmalig zur Auslösung eines Stellungnahmeverfahrens beitragen. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass ein QS-Fall nicht wiederholt bewertet wird. Das IQTIG schlägt für die quantitative Auffälligkeitseinstufung zur Auslösung eines Stellungnahmeverfahrens die Verwendung eines statistischen Verfahrens vor. Bei der quantitativen Auffälligkeitseinstufung von Ergebnissen der Leistungserbringer mithilfe der sogenannten *statistischen Auffälligkeit* wird die mögliche Variabilität bei den jährlichen Behandlungsergebnissen berücksichtigt. Es wird anerkannt, dass auch bei Leistungserbringers, die die Qualitätsanforderungen eines Qualitätsindikators erfüllen, aufgrund von stochastischen Schwankungen in einzelnen Jahren das beobachtete QI-Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs liegen kann. Erst wenn das QI-Ergebnis so weit außerhalb vom Referenzbereich liegt, dass die Erklärung durch stochastische Schwankungen nicht mehr plausibel erscheint, wird ein Leistungserbringer als *statistisch auffällig* eingestuft. Insgesamt gilt, dass die gewonnene statistische Einschätzung der Qualität im anschließenden Stellungnahmeverfahren fachlich überprüft

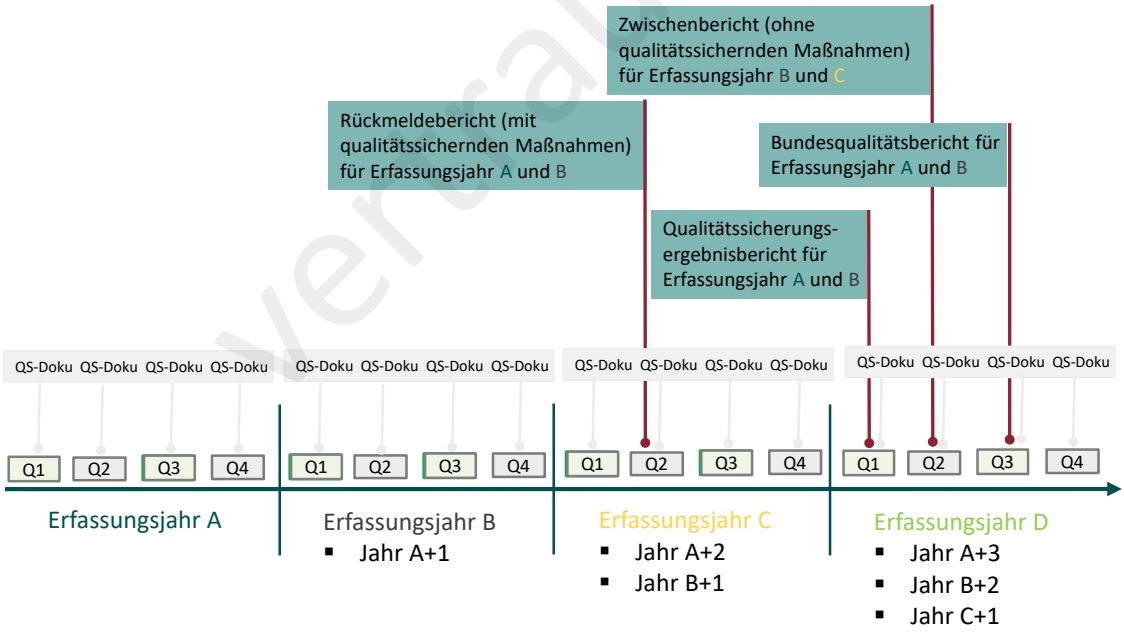
vertraulich

werden soll, da es zu besonderen Versorgungskonstellationen kommen kann, die nicht über die Datenerfassung und damit über die Rechenregeln des Indikators abgebildet werden. Dabei berücksichtigt die statistische Auffälligkeitseinstufung bereits die Fallzahl. Jedes interessierende Ereignis generiert statistische Evidenz dafür, dass ein Qualitätsdefizit vorliegt, während nicht-interessierende Ereignisse diese Evidenz wieder nivellieren. Je größer die Fallzahl ist, desto eindeutiger ist daher in der Regel die statistische Evidenz. Trotzdem kann die statistische Evidenz bei vorgegebenem Referenzwert und Signifikanzniveau auch bei niedrigen Fallzahlen hinreichend für weitere Schritte sein.

Weitergehende Aussagen zu einem Auswertungskonzept können nach Abschluss der Machbarkeitsprüfung erfolgen. Zudem ist es erforderlich, Überlegungen zum Auswertungskonzept mit der derzeit für dieses QS-Verfahren in Entwicklung befindlichen Patientenbefragung abzustimmen, um Empfehlungen für das Gesamtverfahren treffen zu können.

7.6 Berichtswesen

Abbildung 11 veranschaulicht das Berichtswesen für die dokumentationsbasierten Indikatoren des QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* und eine mögliche Zeitschiene erfassungsjahresbezogener Lieferungen. Eine Erläuterung zu den einzelnen Berichten und den dazugehörigen Zeitpunkten. Eine Erläuterung zu den einzelnen Berichtsarten und -zeitpunkten erfolgt im Folgendem.



Liefertermine für die fallbezogenen QS-Daten: 28. Februar, 15. Mai, 15. August, 15. November

Abbildung 11: Mögliche Zeitschiene erfassungsjahresbezogener Lieferungen

vertraulich

7.6.1 Berichte an die Leistungserbringer

7.6.1.1 Zwischenberichte

In einigen der bisherigen QS-Verfahren der DeQS-RL sind quartalsweise Zwischenberichte in den themenspezifischen Bestimmungen für die Leistungserbringer vorgesehen, um diese zeitnah über ihre Zwischenergebnisse zu informieren. Theoretisch könnten die rollierenden zweijährigen Fenster im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* auch quartalsweise berechnet und rückgemeldet werden. Das IQTIG rät aber ausdrücklich davon ab, da aufgrund der sehr geringen Zahl abgeschlossener Richtlinien-Psychotherapien pro Quartal und Leistungserbringer keine substanziell anderen Informationen zu erwarten wären, der Aufwand aber sehr groß wäre. Das IQTIG würde daher weiterhin nur einmal jährliche Auswertungen und Berichte an die Leistungserbringer (Zwischenberichte und Rückmeldeberichte im Wechsel) empfehlen. Bewertungen und qualitätssichernde Maßnahmen erfolgten aber nur in jedem zweiten Jahr. Die Zwischenberichte einmal in jedem zweiten Jahr gleichen in Form und Inhalt den Rückmeldeberichten in jedem anderen zweiten Jahr bis auf die Tatsache, dass nur in den Rückmeldeberichten formal eine rechnerische/statistische Auffälligkeit festgestellt wird, die zur Auslösung qualitätssichernder Maßnahmen nach Teil 1 § 17 DeQS-RL führt. Die ersten Zwischenberichte würden somit im vierten Jahr nach Beginn des Regelbetriebs an die Leistungserbringer übermittelt werden (siehe Abbildung 11).

Rückmeldeberichte (Teil 1 § 18 DeQS-RL)

Angelehnt an die Formulierungen der themenspezifischen Bestimmungen der bereits etablierten QS-Verfahren enthalten die Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer mindestens folgende Informationen:

- die Vollzähligkeit der übermittelten Daten
- eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- Auswertungen der einzelnen Indikatoren
  - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
  - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
  - mit Bezug zum Jahr, in dem das Indexereignis stattfand
- die Indikatorergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- Auswertung der einzelnen Indikatoren je Leistungserbringer im Vergleich mit den Vergleichsgruppen
- Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 DeQS-RL, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird
- Feststellung eine rechnerischen/statistischen Auffälligkeit als Auslöser für qualitätssichernde Maßnahmen nach Teil 1 § 17 DeQS-RL

vertraulich

Die ersten Rückmeldeberichte würden im dritten Jahr nach Beginn des Regelbetriebs im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* erstellt und an die Leistungserbringer übermittelt (siehe Abbildung 11).

7.6.2 Länder- und bundesbezogene Berichte

Länderauswertungen

Gemäß DeQS-RL erhalten die Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) länderbezogene Auswertungen auf Basis der Rückmeldeberichte. Entsprechend dem vorgeschlagenen zweijährigen Auswertungszeitraum könnten diese nur alle zwei Jahre übermittelt werden. Sie werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. Die länderbezogenen Auswertungen sollen in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form sowie als Auswertung in einem unmittelbar von der Nutzerin bzw. vom Nutzer lesbaren Format (zum Beispiel PDF-Format) vorliegen.

Die länderbezogenen Auswertungen für die Landesarbeitsgemeinschaften enthalten mindestens folgende Informationen, sowohl in einer vergleichenden Landesauswertung als auch je Leistungserbringer:

- die Vollständigkeit und Vollzähligkeit der übermittelten Daten
- eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- Auswertungen der einzelnen Indikatoren
- die Indikatorergebnisse aus den beiden vorangegangenen Jahren

Die Bundesauswertungsstelle erstellt die länderbezogenen Auswertungen und stellt sie den Landesarbeitsgemeinschaften bis zum 30. Juni in jedem zweiten Jahr zur Verfügung.

Bundesauswertung

Bei der Bundesauswertung handelt es sich um die Auswertung und Darstellung der aggregierten Ergebnisse der bundesweiten Qualitätssicherung in Bezug auf das jeweilige QS-Verfahren. Sie wird zusätzlich in Form der sogenannten Basisauswertung auch um grundlegende Angaben (Fallzahlen, Patientinnen/Patienten, Aufenthaltsdauern, Diagnostik, Therapie usw.) zu dem betreffenden Leistungsbereich erweitert. Die Bundesauswertung für die Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung wird einmal jährlich bis zum 30. Juni des Folgejahres an den G-BA übermittelt. Für das zukünftige QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* soll davon abgewichen werden und die Bundesauswertung auf Basis der Daten der Rückmeldeberichte in zweijährigen Abständen erfolgen (siehe Abbildung 11).

Qualitätssicherungsergebnisbericht (Teil 1 § 19 DeQS-RL)

Entsprechend den Vorgaben der DeQS-RL übermitteln die LAGen dem Institut nach § 137a SGB V jährlich einen Qualitätssicherungsergebnisbericht in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form. Der Zeitpunkt der Abgabe wird in den themenspezifischen Bestimmungen festgelegt. Diese Qualitätssicherungsergebnisberichte werden in einem einheitlichen Berichtsformat er-

vertraulich

stellt, welches zuvor themenspezifisch festzulegen ist. Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAG erstellt. Welche Aspekte im Qualitätssicherungsergebnisbericht enthalten sein müssen, ist detailliert in Teil 1 § 19 Abs. 3 DeQS-RL geregelt. Dazu zählen u. a. eine einrichtungsübergreifende, qualitative Bewertung der Auswertungsergebnisse sowie Angaben zur Dokumentationsqualität. Für das zukünftige QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* soll davon abgewichen werden und der Qualitätssicherungsergebnisbericht zweijährig erfolgen.

Bundesqualitätsbericht (Teil 1 § 20 DeQS-RL)

Entsprechend der DeQS-RL erstellt das Institut nach § 137a SGB V jährlich einen Bundesqualitätsbericht für den G-BA in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form. In dem Bericht fasst es die Ergebnisse der Bundesauswertung und die eigenen sowie die durch die Qualitätssicherungsergebnisberichte übermittelten Erkenntnisse und Ergebnisse der Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen zusammen. Dieser Bericht umfasst auch Angaben zur Datenvalidität sowie eine Evaluation des Verfahrens anhand dieser Ergebnisse, z. B. bezüglich der Wirksamkeit des Verfahrens. Der Bericht ist bis zum 15. August dem G-BA vorzulegen. Für das zukünftige QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* soll davon abgewichen werden und der Bundesqualitätsbericht zweijährig erfolgen.

7.6.3 Berichtszeitpunkte

Es erfolgt eine jährliche Berichtslegung zur Information der Leistungserbringer auf Basis von rollierenden Fenstern der letzten beiden Erfassungsjahre als Auswertungszeitraum sowie ein Jahresbericht mit einer qualitativen Bewertung für einen Auswertungszeitraum von 2 Erfassungsjahren.

7.7 Durchführung der qualitätssichernden Maßnahmen

Die qualitätssichernden Maßnahmen werden in Teil 1 § 17 DeQS-RL geregelt. Die Gesamtverantwortung für die Einleitung und Umsetzung der qualitätssichernden Maßnahmen wird bei länderbezogenen QS-Verfahren durch die Landesarbeitsgemeinschaften gemäß Teil 1 § 5 DeQS-RL und für bundesbezogene Verfahren durch die Bundesstelle gemäß Teil 1 § 7 DeQS-RL getragen. Die Durchführung erfolgt unter Beteiligung der Fachkommissionen gemäß Teil 1 § 8a DeQS-RL. Die Darstellung in diesem Abschnitt beschränkt sich auf länderbezogene QS-Verfahren, da das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* auch ein solches werden soll. Qualitätssichernde Maßnahmen sollen aufgrund des zweijährigen Auswertungszeitraums nur in jedem zweiten Jahr stattfinden (Jahre der Rückmeldeberichte). Die Einleitung und Durchführung der qualitätssichernden Maßnahmen erfolgt auf Basis der Leistungserbringerauswertungen des IQTIG (Rückmeldeberichte) sowie der Vorgänge bzw. Fälle, die zu den statistischen Auffälligkeiten in den einzelnen Qualitätsindikatoren geführt haben. Die LAG nutzen hierfür leistungserbringerpseudonymisierte Auswertungen, die im Rahmen der Durchführung durch die Datenannahmestelle des jeweiligen Landes auf Nachfrage depseudonymisiert werden können, um Kontakt zu dem Leistungserbringer aufzunehmen. Für die Zuordnung der auffälligen Fälle aus der Liste auffälliger Fälle (AV-Liste) beim Leistungserbringer werden sogenannte Vorgangsnummern benötigt, da die

Vertraulich

Angaben zu den Patientinnen und Patienten nur in pseudonymisierter Form vorliegen. Vorgangsnummern werden in der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer durch die eingesetzte Software automatisiert erstellt und an das IQTIG übermittelt.

Da qualitätssichernde Maßnahmen nach Teil 1 § 17 DeQS-RL nur alle zwei Jahre ausgelöst würden, könnte auch der für das Stellungnahmeverfahren vorgesehene Zeitraum erweitert werden. Dies scheint angesichts der großen Zahl in das Verfahren eingeschlossener Leistungserbringer, im Sinne der Arbeitsökonomie der Expertengruppen auf Landesebene, sinnvoll. Dafür müssten dann die Termine für die Vorlage der Qualitätssicherungsergebnisberichte und des Bundesqualitätsberichts in den themenspezifischen Bestimmungen der DeQS-RL entsprechend angepasst werden.

vertraulich

8 Schritte bis zum Regelbetrieb

Empfehlung einer Machbarkeitsprüfung

Entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ empfiehlt das IQTIG die Beauftragung einer Machbarkeitsprüfung, um in freiwilliger Kooperation mit Leistungserbringern anhand anonymisierter Echt-Fälle die Dokumentation und die Qualitätsindikatoren zu erproben und zu optimieren. Eine Überprüfung und Anpassung von Verfahrenskomponenten ist Voraussetzung für die Implementierungsreife des vorgeschlagenen QS-Verfahrens. Die zentralen Elemente und Abläufe einer Machbarkeitsprüfung sind ausführlich in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG beschrieben (IQTIG 2019b).

Das Ziel einer Machbarkeitsprüfung ist es, Erkenntnisse zur Praktikabilität eines QS-Verfahrens zu erhalten. Durch die Befragung der beteiligten Leistungserbringer werden zusätzliche Einschätzungen eingeholt bezüglich des Vorliegens von bestimmten QS-relevanten Informationen, des Aufwands zur Beschaffung oder Dokumentation ebendieser, der Verständlichkeit der Ausfüllhinweise und des Schulungsbedarfs der Leistungserbringer. Zur Prüfung der Praktikabilität gehört auch, die zeitliche Inanspruchnahme des Leistungserbringers durch die QS-Dokumentation zu erfassen. Aus den Erkenntnissen der Machbarkeitsprüfung können entsprechende Modifikationen der Qualitätsindikatoren in Form von Änderungen der Datenfelder, der Ausfüllhinweise bis hin zu Änderungen bei der Berechnung eines Indikators resultieren. Konkret würde im Rahmen dieser Machbarkeitsprüfung für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* die Operationalisierung der fallbezogenen Qualitätsindikatoren geprüft.

Insbesondere die Tatsache, dass mit der Entwicklung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* erstmals die ambulante psychotherapeutische Versorgung mit ca. 30.000 Leistungserbringern durch ein Verfahren der gesetzlichen Qualitätssicherung adressiert wird und in diesem Versorgungsbereich bisher keine Erfahrungen hinsichtlich der Auslösung, der QS-Dokumentation, Datenflüssen usw. vorliegen, könnte eine Machbarkeitsprüfung einen Beitrag zur Transparenz und damit zur Akzeptanz des QS-Verfahrens leisten. Bei der Etablierung eines neuen QS-Verfahrens können im ambulanten Bereich zudem besondere, noch nicht identifizierte Herausforderungen entstehen, wie vorangegangene QS-Verfahren gezeigt haben. Diese sollten nach Möglichkeit bereits im Rahmen der Machbarkeitsprüfung identifiziert und adressiert werden.

Themenspezifische Bestimmungen

Zur Überführung des QS-Verfahrens in den Regelbetrieb müssen durch den G-BA die themenspezifischen Bestimmungen auf Grundlage der Empfehlungen dieses Berichts und der Beratungen des G-BA erarbeitet und im Plenum beschlossen werden. Dabei sind insbesondere die für dieses QS-Verfahren empfohlenen verlängerten Beobachtungs- und Auswertungszeiträume und die entsprechend anzupassenden Berichtszeitpunkte zu beachten.

vertraulich

Spezifikationserstellung

Auf Basis der themenspezifischen Bestimmungen und der Erkenntnisse des Abschlussberichts entwickelt das IQTIG nach einer separaten Beauftragung des G-BA die Empfehlungen zur Spezifikation, die ebenfalls durch das Plenum beschlossen werden müssen. Des Weiteren entwickelt das IQTIG die technische Spezifikation inklusive der gängigen Komponenten wie z. B. die Microsoft Access-Datenbank, die technische Dokumentation und die XML-Schemata. Die Spezifikationsentwicklung beinhaltet für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* die Entwicklung der Vorgaben für die Spezifikation der QS-Dokumentation als etabliertes Erhebungsinstrument. Zu berücksichtigen sind dabei insbesondere die Fristen zur Veröffentlichung dieser Vorgaben, um den Softwareunternehmen eine zeitgerechte Produktentwicklung zu ermöglichen.

Risikoadjustierung

Da es sich bei den empfohlenen Qualitätsindikatoren ausschließlich um Prozessindikatoren handelt, ist eine Risikoadjustierung für die dokumentationsbasierten Indikatoren – auch nach Konsultation des Expertengremiums – entbehrlich.

Prospektive Rechenregeln

Weitere Aufgaben im Rahmen der Überführung in den Regelbetrieb sind die Entwicklung der Rechenregeln bzw. prospektiven Rechenregeln sowie die Festlegung der Referenzbereiche. Letztere sind dem G-BA bis zum 30. September des dem Verfahrensstart vorangehenden Jahres zum Beschluss und zur Veröffentlichung vorzulegen.

vertraulich

9 Fazit

Im Ergebnis des Entwicklungsprozesses werden insgesamt 9 dokumentationsbasierte Qualitätsindikatoren, die die Prozessqualität der Versorgung von volljährigen Patientinnen und Patienten mit Richtlinien-Psychotherapie im Einzelsetting adressieren, empfohlen. Mit diesen können alle für die fallbezogene QS-Dokumentation selektierten Aspekte des Qualitätsmodells abgebildet werden. Mit den diagnose- und therapieverfahrensunabhängig anwendbaren Indikatoren kann ein erster Einstieg in die externe Qualitätssicherung für den Versorgungsbereich der ambulanten Psychotherapie erfolgen. Das IQTIG empfiehlt die Indikatoren auch für die Systemische Therapie. Diese Einschätzung wird in der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für systemische Therapie, Beratung und Familientherapie sowie der Systemischen Gesellschaft geteilt.

Ein vollständiges Indikatorenset für dieses QS-Verfahren, welches das gesamte Qualitätsmodell abbilden wird, wird nach Abschluss der Entwicklung der Patientenbefragung vorliegen.

Die vorliegenden Indikatoren sind durch Sicherstellung wichtiger Schlüsselprozesse geeignet, insbesondere die Ergebnisorientierung der psychotherapeutischen Behandlung zu fördern und erstmals flächendeckende einheitliche Informationen über das Versorgungsgeschehen zu gewinnen. Dabei berücksichtigen die empfohlenen Indikatoren die der Psychotherapie immanenten Besonderheiten, wie beispielsweise einen stark individualisierten Prozess, der nicht zwingend einer linearen Logik folgt, bei einem außerordentlich heterogenen Patientenkollektiv mit unterschiedlichsten Problem- und Zielstellungen. Zudem ist nicht zu erwarten, dass die Indikatoren in ihrer konkreten Operationalisierung nachteilig in die individuelle Therapie oder in die therapeutische Beziehung eingreifen. Auch sollen die Indikatoren ausdrücklich nicht das Identifizieren einzelner kritischer Verläufe bei einzelnen Fällen, sondern die Identifikation qualitativ auffälliger Praxen ermöglichen.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass zwar Literatur zu den Wirkfaktoren vorliegt bzw. dazu, welche Faktoren das Outcome einer Psychotherapie beeinflussen, jedoch für den deutschen Versorgungskontext Studien und Daten zum konkreten Versorgungsgeschehen bzw. zu Versorgungsdefiziten (jenseits des Zugangsproblems) weitestgehend fehlen. Dies erschwert die Quantifizierung zu erwartender Verbesserungspotenziale erheblich. Ebenfalls nicht möglich zum jetzigen Zeitpunkt ist eine Schätzung, wie hoch der Anteil der Einrichtungen sein wird, die ggf. vom Referenzbereich abweichen werden. Hierzu können frühestens nach Abschluss einer Machbarkeitsprüfung oder ersten regelhaften Datenerhebungen Aussagen gemacht werden. Auch die Zahl der jährlich abgeschlossenen Therapien kann gegenwärtig noch nicht ermittelt werden, da die spezifischen GOPs, die dies zukünftig ermöglichen werden, erst im Juli 2020 eingeführt wurden und daher diesbezüglich noch keine belastbaren Daten vorliegen. Entsprechende Sozialdatenauswertungen könnten zum Zeitpunkt der Machbarkeitsprüfung erfolgen.

Zwischenzeitlich sind durch den 37. Deutsche Psychotherapeutentag am 14. November 2020 *Empfehlungen für die Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen in der psychothera-*

vertraulich

peutischen Versorgung beschlossen und veröffentlicht worden. Ein Abgleich zeigte, dass die fallbezogene QS-Dokumentation in keinem Widerspruch zu diesen Empfehlungen steht, sondern perspektivisch die fallbezogene QS-Dokumentation ohne Doppelerhebung erfolgen könnte.

vertraulich

Literatur

Albrecht, M; Sander, M; Temizdemir, E; Otten, M (2020): PraxisBarometer Digitalisierung 2020. Stand und Perspektiven der Digitalisierung in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung. Ergebnisbericht für die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Stand: November 2020. Berlin: IGES Institut. URL: https://www.kbv.de/media/sp/IGES_KBV_PraxisBarometer_2020.pdf (abgerufen am: 18.01.2021).

Altmann, U; Steffanowski, A; Wittmann, WW; Kramer, D; Bruckmayer, E; Pfaffinger, I; et al. (2014): Verlängerungen ambulanter Psychotherapien: Eine Studie zu Patienten-, Therapeuten-, Behandlungs- und Verlaufsmerkmalen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 64(5): 181-191. DOI: 10.1055/s-0033-1357134.

Altmann, U; Thielemann, D; Strauß, B (2016): Ambulante Psychotherapie unter Routinebedingungen: Forschungsbefunde aus dem deutschsprachigen Raum. *Psychiatrische Praxis* 43(7): 360-366. DOI: 10.1055/s-0042-115616.

Altmann, U; Thielemann, D; Zimmermann, A; Steffanowski, A; Bruckmeier, E; Pfaffinger, I; et al. (2018): Outpatient Psychotherapy Improves Symptoms and Reduces Health Care Costs in Regularly and Prematurely Terminated Therapies. *Frontiers in Psychology* 9:748. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00748.

Amann, K; Arens, J; Beutel, M; Bilke-Hentsch, O; Bischof, G; Bonnet, U; et al. (2016): AWMF-Registernummer 076-001. S3-Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen [*Langfassung*]. Stand: 28.02.2016. Hamm [u. a.]: DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001l_S3-Leitlinie_Alkohol_2016-02.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).

Amble, I; Gude, T; Stubdal, S; Andersen, BJ; Wampold, BE (2015): The effect of implementing the Outcome Questionnaire-45.2 feedback system in Norway: A multisite randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Psychotherapy Research* 25(6): 669-677. DOI: 10.1080/10503307.2014.928756.

Andreas, S; Bartsch, G; Batra, A; Effertz, T; Gohlke, H; Jähne, A; et al. (2015): AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums [*Langfassung*]. Stand: 09.02.2015. Hamm [u. a.]: DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006l_S3_Tabak_2015-02.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).

APA [American Psychiatric Association] (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder. Third Edition. [Stand:] October 2010 [reaffirmed 31.10.2015]. Washington, US-DC: APA. URL: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf (abgerufen am: 12.07.2018).

vertraulich

APA [American Psychiatric Association] Work Group on Psychiatric Evaluation (2016): Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults [*Full Guideline*]. Third edition. Arlington, US-VA: APA. ISBN: 978-0-89042-465-0. URL: https://psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.books.9780890426760 (abgerufen am: 11.07.2018).

APA [American Psychological Association] (2017): Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults [*Full Guideline*]. [Stand:] 24.02.2017. Washington, US-DC: APA. URL: http://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf (abgerufen am: 11.07.2018).

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 (abgerufen am: 02.08.2018).

Awenat, YF; Shaw-Núñez, E; Kelly, J; Law, H; Ahmed, S; Welford, M; et al. (2017): A qualitative analysis of the experiences of people with psychosis of a novel cognitive behavioural therapy targeting suicidality. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches* 9(1): 38-47. DOI: 10.1080/17522439.2016.1198827.

Bandelow, B; Wiltink, J; Alpers, GW; Benecke, C; Deckert, J; Eckhardt-Henn, A; et al. (2014): AWMF-Registernummer 051-028. S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen [*Langfassung*]. Stand: 15.04.2014. Berlin [u. a.]: DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-028l_S3_Angstst%C3%B6rungen_2014-05_2.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).

Barber, JP; Solomonov, N (2019): Toward a personalized approach to psychotherapy outcome and the study of therapeutic change. *World Psychiatry* 18(3): 291-292. DOI: 10.1002/wps.20666.

BAuA [Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin] (2019): Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2017. Stand: Januar 2019. Dortmund: BAuA. URL: https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitswelt-und-Arbeitsschutz-im-Wandel/Arbeitswelt-berichterstattung/Kosten-der-AU/pdf/Kosten-2017.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (abgerufen am: 13.01.2020).

Bayliss, P; Holttum, S (2015): Experiences of antidepressant medication and cognitive–behavioural therapy for depression: A grounded theory study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 88(3): 317-334. DOI: 10.1111/papt.12040.

Beard, JIL; Delgadillo, J (2019): Early response to psychological therapy as a predictor of depression and anxiety treatment outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety* 36(9): 866-878. DOI: 10.1002/da.22931.

vertraulich

Behrendt, S; Bühringer, G; Hoyer, J (2014): Ambulante Psychotherapie der Substanzstörungen. Erweiterte Möglichkeiten nach Änderung der Psychotherapierichtlinie 2011. *Psychotherapeut* 59(4): 310-316. DOI: 10.1007/s00278-014-1046-4.

Beintner, I; Jacobi, C (2018): Are we overdosing treatment? Secondary findings from a study following women with bulimia nervosa after inpatient treatment. *International Journal of Eating Disorders* 51(8): 899-905. DOI: 10.1002/eat.22894.

Bell, CR (2017): Psychotherapeutic Subjectivities: A thematic Analysis of Experiences of Change in Psychoanalysis / Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy [*Dissertation*]. Carrolton, US-GA: University of West Georgia, College of Social Sciences. ProQuest Number: 10640305.

Beutler, LE; Edwards, C; Someah, K (2018a): Adapting psychotherapy to patient reactance level: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychology* 74(11): 1952-1963. DOI: 10.1002/jclp.22682.

Beutler, LE; Kimpara, S; Edwards, CJ; Miller, KD (2018b): Fitting psychotherapy to patient coping style: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology* 74(11): 1980-1995. DOI: 10.1002/jclp.22684.

Birchwood, M; Mohan, L; Meaden, A; Tarrier, N; Lewis, S; Wykes, T; et al. (2018): The COMMAND trial of cognitive therapy for harmful compliance with command hallucinations (CTCH): a qualitative study of acceptability and tolerability in the UK. *BMJ: Open* 8(6): e021657. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-021657.

BPtK [Bundes Psychotherapeuten Kammer] (2018): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018 [*Studie*]. [Stand:] 11.04.2018. Berlin: BPtK. URL: https://www.bptk.de/uploads/media/20180411_BPtK-Studie_Wartezeiten_2018.pdf (abgerufen am: 07.08.2018).

BPtK [Bundespsychotherapeutenkammer] (2019): Die längsten Fehlzeiten weiterhin durch psyichische Erkrankungen. BPtK-Auswertung 2018 „Langfristige Entwicklung Arbeitsunfähigkeit“. Pressemitteilung. [Stand:] 23.05.2019. Berlin: BPtK. URL: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/05/20190523_pm_bptk_Die-la%CC%88ngsten-Fehlzeiten-weiterhin-durch-psychische-Erkrankungen.pdf (abgerufen am: 18.10.2019).

Braunwarth, W-D; Christ, M; Dirks, H; Dyba, J; Härtel-Petri, R; Harfst, T; et al. (2016): AWMF-Registernummer 038-024. S3-Leitlinie: Methamphetamin-bezogene Störungen [*Langfassung*]. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-662-53541-7. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-024l_S3-Methamphetamin-bezogene-Stoerungen-2016-11.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).

Carlier, IV; Kovács, V; van Noorden, MS; van der Feltz-Cornelis, C; Mooij, N; Schulte-van Maaren, YWM; et al. (2017): Evaluating the Responsiveness to Therapeutic Change with Routine Outcome Monitoring: A Comparison of the Symptom Questionnaire-48 (SQ-48) with the Brief Symptom Inventory (BSI) and the Outcome Questionnaire-45 (OQ-45). *Clinical Psychology and Psychotherapy* 24: 61-71. DOI: 10.1002/cpp.1978.

Vertraulich

Constantino, MJ; Coyne, AE; Boswell, JF; Iles, BR; Vîslă, A (2018a): A Meta-Analysis of the Association Between Patients' Early Perception of Treatment Credibility and Their Posttreatment Outcomes. *Psychotherapy* 55(4): 486-495. DOI: 10.1037/pst0000168.

Constantino, MJ; Vîslă, A; Coyne, AE; Boswell, JF (2018b): A Meta-Analysis of the Association Between Patients' Early Treatment Outcome Expectation and Their Posttreatment Outcomes. *Psychotherapy* 55(4): 473-485. DOI: 10.1037/pst0000169.

Cuijpers, P; Li, J; Hofmann, SG; Andersson, G (2010): Self-reported versus clinician-rated symptoms of depression as outcome measures in psychotherapy research on depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 30(6): 768-778. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.06.001.

Cuijpers, P; Reijnders, M; Karyotaki, E; de Wit, L; Ebert, DD (2018a): Negative effects of psychotherapies for adult depression: A meta-analysis of deterioration rates. *Journal of Affective Disorders* 239: 138-145. DOI: 10.1016/j.jad.2018.05.050.

Cuijpers, P; Karyotaki, E; Reijnders, M; Huibers, MJH (2018b): Who benefits from psychotherapies for adult depression? A meta-analytic update of the evidence. *The Cognitive Behaviour Therapy* 47(2): 91-106. DOI: 10.1080/16506073.2017.1420098.

Cuijpers, P; Reijnders, M; Huibers, MJH (2019): The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology* 15(1): 207-231. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424.

Cuijpers, P (2019): Targets and outcomes of psychotherapies for mental disorders: an overview. *World Psychiatry* 18(3): 276-285. DOI: 10.1002/wps.20661.

Da Costa, CP; Padoan, CS; Hauck, S; Teche, SP; Eizirik, CL (2019): What is the appropriate time to measure outcome and process factors in psychodynamic psychotherapy? *Trends in Psychiatry and Psychotherapy* 41(2): 112-120. DOI: 10.1590/2237-6089-2017-0151.

de Felice, G; Giuliani, A; Halfon, S; Andreassi, S; Paoloni, G; Orsucci, FF (2019): The misleading Dodo Bird verdict. How much of the outcome variance is explained by common and specific factors? *New Ideas in Psychology* 54: 50-55. DOI: 10.1016 j .ncwidcapsych.2019.01.006.

De Smet, M (2019): Opening the black box of psychotherapy outcome : A mixed methods study on patients' perspectives [*Dissertation*]. Ghent, BE: Ghent University, Faculty of Psychology and Educational Sciences. [unveröffentlicht; auf Nachfrage vom Autor zugesandt].

Derogatis, LR; Melisaratos, N (1983): The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine* 13(3): 595-605. DOI: 10.1017/S0033291700048017.

Dewar, M; Paradis, A; Fortin, CA (2020): Identifying Trajectories and Predictors of Response to Psychotherapy for Post-Traumatic Stress Disorder in Adults: A Systematic Review of Literature. *The Canadian Journal of Psychiatry* 65(2): 71-86. DOI: 10.1177/0706743719875602.

vertraulich

DGBS [Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde] (2012 [2014]): S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion 1.8. [Stand:] Mai 2012, letzte Anpassung: Januar 2014. Frankfurt am Main [u. a.]: DGBS [u. a.]. URL: http://www.leitlinie-bipolar.de/wp-content/uploads/2016/07/S3_Leitlinie-Bipolar_V1_8.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).

DGBS [Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2019): AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion 2.0. Update vom Februar 2019. Frankfurt am Main [u. a.]: DGBS [u. a.]. URL: http://www.leitlinie-bipolar.de/wp-content/uploads/2019/04/S3_Leitlinie-Bipolar_V2_Update_Maerz2019.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).

DGfS [Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung] (2018): AWMF-Registernummer 138-001. S3-Leitlinie: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung [*Langfassung*]. Version: 1.1. Stand: 22.02.2019. Hamburg [u. a.]: DGfS [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001l_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).

DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; DGSPJ [Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin] (2017): AWMF-Registernummer 028-045. S3-Leitlinie: Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter [*Langfassung*]. Berlin [u. a.]: DGKJP [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045l_S3_ADHS_2018-06.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).

DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie]; DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie] (2018): AWMF-Registernummer 051-026. S3-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Essstörungen [*Langfassung*]. Stand: 31.05.2018. Berlin [u. a.]: DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026l_S3_Essstoerung-Diagnostik-Therapie_2019-01.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).

DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; NVL-Programm von BÄK [Bundesärztekammer]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften] (2017): AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression [*Langfassung*]. 2. Auflage, 2015. Version 5. [Stand:] März 2017. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. DOI: 10.6101/AZQ/000364.

Vertraulich

DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2020): Basisdaten. Psychische Erkrankungen. Stand: Oktober 2020. Berlin: DGPPN. URL: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/a2e357dac62be19b5050a1d89ffd8603cfdb8ef9/20201008_Factsheet.pdf (abgerufen am: 04.01.2020).

DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde], (2019): AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie [*Langfassung*]. Stand: 15.03.2019. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-009l_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).

DPtV [Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung] (2020): Pressemitteilung: 12,5 Stunden und 505 Euro für Anschluss an Telematikinfrastruktur. [Stand:] 11.02.2020. Berlin: DPtV. URL: https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/gesundheitspolitik/aktuelle-meldungen/news-bund/news/125-stunden-und-505-euro-fuer-anschluss-an-telematikinfrastruktur/ [Download: pressmitteilung (PDF)] (abgerufen am: 18.01.2021).

Dreher, M; Dreher, E (1982): Gruppendiskussion. Kapitel 7. In: Huber, GL; Mandl, H; Hrsg.: *Verbale Daten.* Weinheim [u. a.]: Beltz, 141-164. ISBN: 978-3-40754-632-6.

Driessen, E; Van, HL; Peen, J; Don, FJ; Twisk, JWR; Cuijpers, P; et al. (2017): Cognitive-Behavioral Versus Psychodynamic Therapy for Major Depression: Secondary Outcomes of a Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 85(7): 653-663. DOI: 10.1037/ccp0000207.

DRV [Deutsche Rentenversicherung] (2019): Rentenversicherung in Zahlen 2019. Stand: 29.05.2019. Berlin: DRV. URL: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/rv_in_zahlen_2019.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (abgerufen am: 13.01.2020).

Elliott, R; Bohart, AC; Watson, JC; Murphy, D (2018): Therapist Empathy and Client Outcome: An Updated Meta-Analysis. *Psychotherapy* 55(4): 399-410. DOI: 10.1037/pst0000175.

Epping, J; de Zwaan, M; Geyer, S (2017a): Gesünder nach der Psychotherapie? Sekundärdatenanalyse der Arbeitsunfähigkeitszeiten vor und nach ambulanter Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 68: 337-345. DOI: 10.1055/s-0043-120346.

Epping, J; Muschik, D; Geyer, S (2017b): Social inequalities in the utilization of outpatient psychotherapy: analyses of registry data from German statutory health insurance. *International Journal for Equity in Health* 16:147. DOI: 10.1186/s12939-017-0644-5.

Equit, M; Maurer, S; Michael, T; Köllner, V (2018): Konfrontation oder Stabilisierung: Wie planen Verhaltenstherapeuten die Behandlung bei Posttraumatischer Belastungsstörung? *Verhaltenstherapie* 28(1): 7-14. DOI: 10.1159/000477418.

Evans, C; Mellor-Clark, J; Margison, F; Barkham, M; Audin, K; Connell, J; et al. (2000): CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation. *Journal of Mental Health* 9(3): 247-255. DOI: 10.1080/jmh.9.3.247.255.

vertraulich

Farber, BA; Suzuki, JY; Lynch, DA (2018): Positive Regard and Psychotherapy Outcome: A Meta-Analytic Review. *Psychotherapy* 55(4): 411-423. DOI: 10.1037/pst0000171.

Fitch, K; Bernstein, SJ; Auguilar, MD; Burnand, B; LaCalle, JR; Lázaro, P; et al. (2001): The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Santa Monica, US-CA: RAND. URL: https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2011/MR1269.pdf (abgerufen am: 30.01.2017).

Flückiger, C; Del Re, AC; Wampold, BE; Horvath, AO (2018): The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy* 55(4): 316-340. DOI: 10.1037/pst0000172.

French, LR; Thomas, L; Campbell, J; Kuyken, W; Lewis, G; Williams, C; et al. (2017): Individuals' Long Term Use of Cognitive Behavioural Skills to Manage their Depression: A Qualitative Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 45(1): 46-57. DOI: 10.1017/S1352465816000382.

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2015): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Abnahme des Entwurfs der Konzeptskizze der Institution nach § 137a SGB V für ein Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. [Stand:] 17.12.2015. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2438/2015-12-17_PT-RL_Abnahme-Konzeptskizze-QS-ambul-PT.pdf (abgerufen am: 08.01.2021).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2016): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der PsychotherapieRichtlinie: Strukturreform der ambulanten Psychotherapie. [Stand:] 16.06.2016. Berlin: G-BA. BAnz AT 15.02.2017 B2. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2634/2016-06-16_2016-11-24_PT-RL_Aenderung_Strukturreform-amb-PT_konsolidiert_BAnz.pdf (abgerufen am: 08.01.2021).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Anerkennung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren. [Stand:] 22.11.2018. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3588/2018-11-22_PT-RL_Nutzen-Systemische-Therapie.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Zusätzliche Regelungen für Menschen mit einer geistigen Behinderung. [Stand:] 18.10.2018. Berlin: G-BA. BAnz AT 20.12.2018 B2. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3528/2018-10-18_PT-RL_zusaetzliche-Regelung-Behinderung_BAnz.pdf (abgerufen am: 08.01.2021).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018c): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. [Stand:] 17.05.2018. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3334/2018-05-18_IQTIG-Beauftragung_QS-Verfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).

vertraulich

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2019a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Einstellung der Bewertung der anerkannten Psychotherapieverfahren der PsychotherapieRichtlinie (im Bereich der Erwachsenentherapie) gemäß §§ 92 Absatz 6a i.V.m. 135 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch [Stand:] 19.12.2019. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4108/2019-12-19_PT-RL_Einstellung-Pruefung-Verfahren.pdf (abgerufen am: 18.01.2021).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2019): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Erwachsenen. [Stand:] 22.11.2019. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4028/2019-11-22_PT-RL_Systemische-Therapie-Erwachsene_BAnz.pdf (abgerufen am: 04.02.2020).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2020a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Erweiterte Verordnungsbefugnis von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für Ergotherapie. [Stand:] 15.10.2020. Berlin: G-BA. BAnz AT 17.12.2020 B7. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4520/2020-10-15_2020-12-03_HeilM-RL_PT-Ergotherapie_konsolidiert_BAnz.pdf (abgerufen am: 08.01.2021).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2020b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Umsetzung § 92 Absatz 6a SGB V (insbesondere Förderung der Gruppentherapie und Vereinfachungen im Gutachterverfahren). [Stand:] 20.11.2020. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4564/2020-11-20_PT-RL_Gruppentherapie-Gutachterverfahren.pdf (abgerufen am: 08.01.2021).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2020c): Neue Regelungen zur Förderung der Gruppentherapie. Pressemitteilung Nr. 63/2020. [Stand:] 20.11.2020. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/34-215-913/63_2020-11-20_PT-RL_Gruppen.pdf (abgerufen am: 08.01.2021).

Gaebel, W; Zielasek, J; Kowitz, S (2016): Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung. Eine Analyse von Sekundärdaten. *Der Nervenarzt* 87(11): 1201-1210. DOI: 10.1007/s00115-016-0168-z.

Gargon, E; Gurung, B; Medley, N; Altman, DG; Blazeby, JM; Clarke, M; et al. (2014): Choosing Important Health Outcomes for Comparative Effectiveness Research: A Systematic Review. *PLoS ONE* 9(6): e99111. DOI: 10.1371/journal.pone.0099111.

Gelso, CJ; Kivlighan, DM; Markin, RD (2018): The Real Relationship and Its Role in Psychotherapy Outcome: A Meta-Analysis. *Psychotherapy* 55(4): 434-444. DOI: 10.1037/pst0000183.

Gmeinwieser, S; Kuhlencord, M; Ruhl, U; Hagmayer, Y; Probst, T (2020): Early developments in general change mechanisms predict reliable improvement in addition to early symptom trajectories in cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy Research* 30(3-4): 462-473. DOI: 10.1080/10503307.2019.1609709.

vertraulich

Hannich, HJ; Barz, R; Peikert, G (2019): Gründe für das Nichtzustandekommen von Psychotherapien. *Psychotherapeut* 64(2): 153-158. DOI: 10.1007/s00278-019-0337-1.

Heinonen, E; Nissen-Lie, HA (2020): The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: a systematic review. *Psychotherapy Research* 30(3-4): 417-432. DOI: 10.1080/10503307.2019.1620366.

Henkel, M; Zimmermann, J; Huber, D; Staats, H; Wiegand-Grefe, S; Taubner, S; et al. (2019): Patient Characteristics in Psychodynamic Psychotherapies. *Psychoanalytic Psychology* 36(1): 1-8. DOI: 10.1037/pap0000165.

Hill, CE; Chui, H; Baumann, E (2013): Revisiting and Reenvisioning the Outcome Problem in Psychotherapy: An Argument to Include Individualized and Qualitative Measurement. *Psychotherapy* 50(1): 68-76. DOI: 10.1037/a0030571.

Holsti, OR (1969): Introduction of Part II. In: Gerbner, G; Holsti, OR; Krippendorff, K; Paisley, WJ; Stone, PJ; Hrsg.: *The Analysis of Communication Content: Developments in Scientific Theories and Computer Techniques.* New York, US-NY: Wiley, 109-121. ISBN: 978-0-471-29660-7.

Hölzel, LP; Härter, M; Hüll, M (2017): Multiprofessionelle ambulante psychosoziale Therapie älterer Patienten mit psychischen Störungen. *Der Nervenarzt* 88(11): 1227-1233. DOI: 10.1007/s00115-017-0407-y.

Huber, D; Zimmermann, J; Klug, G (2017): Change in Personality Functioning During Psychotherapy for Depression Predicts Long-Term Outcome. *Psychoanalytic Psychology* 34(4): 434-445. DOI: 10.1037/pap0000129.

Huibers, MJH; Cohen, ZD; Lemmens, LHM; Arntz, A; Peeters, FPML; Cuijpers, P; et al. (2015): Predicting Optimal Outcomes in Cognitive Therapy or Interpersonal Psychotherapy for Depressed Individuals Using the Personalized Advantage Index Approach. *PLoS ONE* 10(11): e0140771. DOI: 10.1371/journal.pone.0140771.

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017): Methodische Grundlagen V1.0. Stand: 15.09.2017. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.0.pdf (abgerufen am: 26.02.2018).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019b): Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf (abgerufen am: 24.06.2019).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019c): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Anhang zum Zwischenbericht. Stand: 28.02.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_QS-Verfahren-zur-ambulanten-Psychotherapie_Zwischenbericht-Anhang_2019-02-28.pdf (abgerufen am: 12.02.2021).

vertraulich

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019d): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell. Stand: 28.02.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_QS-Verfahren-zur-ambulanten-Psychotherapie_Zwischenbericht_2019-02-28-barrierefrei.pdf (abgerufen am: 12.02.2021).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020): Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Zwischenbericht. Stand: 02.03.2020. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].

Jacobi, F; Höfler, M; Strehle, J; Mack, S; Gerschler, A; Scholl, L; et al. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt* 85(1): 77-87. DOI: 10.1007/s00115-013-3961-y.

Jacobi, F; Höfler, M; Strehle, J; Mack, S; Gerschler, A; Scholl, L; et al. (2016): Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 87(1): 88-90. DOI: 10.1007/s00115-015-4458-7.

Janssen, L; de Vries, AM; Hepark, S; Speckens, AEM (2020): The Feasibility, Effectiveness, and Process of Change of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Adults With ADHD: A Mixed-Method Pilot Study. *Journal of Attention Disorders* 24(6): 928-942. DOI: 10.1177/1087054717727350.

Jobst, A; Brakemeier, E-L; Buchheim, A; Caspar, F; Cuijpers, P; Ebmeier, KP; et al. (2016): European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe. *European Psychiatry* 33: 18-36. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.12.003.

Kahlon, S; Neal, A; Patterson, TG (2014): Experiences of cognitive behavioural therapy formulation in clients with depression. *The Cognitive Behaviour Therapist* 7(e8). DOI: 10.1017/S1754470X14000075.

Kammerer, K; Falk, K; Heintze, C; Döpfmer, S; Heusinger, J (2019): Hindernisse und Voraussetzungen für die Vermittlung älterer, depressiv erkrankter Menschen in Psychotherapie aus Sicht von HausärztInnen. *Das Gesundheitswesen* 81: 58-62. DOI: 10.1055/s-0042-116589.

KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Krankenkassen] (2017): Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung). Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä). [Stand:] 09.05.2017. In Krafttreten am 01.07.2017. Berlin: KBV [u. a.]. URL: https://www.kbv.de/media/sp/01_Psychotherapie_Aerzte.pdf (abgerufen am: 27.11.2018).

KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2019a): Gesundheitsdaten. Unterstützung bei der Terminsuche beim Facharzt. Berlin: KBV. URL: https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/35781.php (abgerufen am: 16.12.2019).

vertraulich

KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2019b): Gutachtenstatistik 2018. [Stand:] Dezember 2019. Berlin: KBV. URL: https://www.kbv.de/media/sp/2019_12_11_PT_Gutachtenstatistik_2018.pdf (abgerufen am: 10.02.2020).

KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2020a): Gutachtenstatistik 2019. [Stand:] Dezember 2020. Berlin KBV. URL: https://www.kbv.de/media/sp/2020_12_15_Gutachtenstatistik_2019_final.pdf (abgerufen am: 08.01.2021).

KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2020b): Psychotherapeuten können ab Januar 2021 Ergotherapie verordnen. Hinweis für die Praxis. Stand: Dezember 2020. (KBV PraxisInfo Ergotherapie). Berlin: KBV. URL: https://www.kbv.de/media/sp/Praxisinformation_Ergotherapie.pdf (abgerufen am: 18.01.2021).

KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2020c): Richtlinie KV-Safenet [KBV_SNK_RLEX_KV-SAFENET]. Version 3.3. [Stand:] 15.05.2020. Berlin: KBV. URL: https://www.kbv.de/media/sp/KBV_SNK_RLEX_KV-SafeNet_V3_3_20200515.pdf (abgerufen am: 18.01.2021).

KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2021a): Kommunikationsdienste. Stand: 27.08.2020. Berlin: KBV. URL: https://www.kbv.de/html/kim.php (abgerufen am: 18.01.2021).

KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2021b): KV-Connect. Berlin: KBV. URL: https://www.kbv.de/html/35946.php (abgerufen am: 18.01.2021).

KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2021c): Praxisnachrichten: Neue Formulare und Zusatzziffern für die Abrechnung - Neuerungen in der Psychotherapie ab Juli. Berlin: KBV. URL: https://www.kbv.de/html/1150_45852.php.

KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2021d): Praxisnachrichten: Systemische Therapie startet am 1. Juli: Vergütung festgelegt. Berlin: KBV. URL: https://www.kbv.de/html/1150_46599.php (abgerufen am: 16.03.2021).

KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2021e): Sicheres Netz. Berlin: KBV. URL: https://www.kbv.de/html/kv-safenet.php (abgerufen am: 18.01.2021).

Kolovos, S; Kleiboer, A; Cuijpers, P (2016): Effect of psychotherapy for depression on quality of life: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 209(6): 460-468. DOI: 10.1192/bjp.bp.115.175059.

Krebs, P; Norcross, JC; Nicholson, JM; Prochaska, JO (2018): Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology* 74(11): 1964-1979. DOI: 10.1002/jclp.22683.

Krueger, RA; Casey, MA (2015): Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research. 5th Edition. Thousand Oaks, US-CA: Sage. ISBN: 978-1-4833-6524-4.

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 and Psychotherapy* 3(4): 249-258. DOI: 10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S.

vertraulich

Lambert, MJ; Hannöver, 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.

Lambert, MJ; Whipple, JL; Kleinstäuber, M (2018): Collecting and Delivering Progress Feedback: A Meta-Analysis of Routine Outcome Monitoring. *Psychotherapy* 55(4): 520-537. DOI: 10.1037/pst0000167.

Lamnek, S; Krell, C (2016): Qualitative Sozialforschung: Mit Online-Materialien. 6., überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz. ISBN: 978-3-621-28269-7.

Lavik, KO; Frøysa, H; Brattebø, KF; McLeod, J; Moltu, C (2018): The First Sessions of Psychotherapy: A Qualitative Meta-Analysis of Alliance Formation Processes. *Journal of Psychotherapy Integration* 28(3): 348-366. DOI: 10.1037/int0000101.

Laws, KR; Darlington, N; Kondel, TK; McKenna, PJ; Jauhar, S (2018): Cognitive Behavioural Therapy for schizophrenia - outcomes for functioning, distress and quality of life: a meta-analysis. *BMC: Psychology* 6:32. DOI: 10.1186/s40359-018-0243-2.

Levitt, HM; Pomerville, A; Surace, FI (2016): A Qualitative Meta-Analysis Examining Clients' Experiences of Psychotherapy: A New Agenda. *Psychological Bulletin* 142(8): 801-830. DOI: 10.1037/bul0000057.

Levy, KN; Kivity, Y; Johnson, BN; Gooch, CV (2018): Adult attachment as a predictor and moderator of psychotherapy outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology* 74(11): 1996-2013. DOI: 10.1002/jclp.22685.

Liebner, M (2019): Das Kostenerstattungsverfahren – eine psychotherapeutische Parallelwelt? *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 24(2): 86-94. DOI: 10.1055/a-0601-0568.

Linardon, J; Brennan, L (2017): The effects of cognitive-behavioral therapy for eating disorders on quality of life: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders* 50(7): 715-730. DOI: 10.1002/eat.22719.

Lincoln, T; Pedersen, A; Hahlweg, K; Wiedl, KH; Frantz, I (2019): Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen. (Evidenzbasierte Leitlinien Psychotherapie, Band 5). Göttingen: Hogrefe. ISBN: 978-3-8017-2883-0.

Lowe, C; Murray, C (2014): Adult Service-Users' Experiences of Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 44(4): 223-231. DOI: 10.1007/s10879-014-9272-1.

Lutz, W; Neu, R; Rubel, JA (2019): Evaluation und Effekterfassung in der Psychotherapie. (Standards der Psychotherapie, Band 5). Göttingen: Hogrefe. ISBN: 978-3-8017-2912-7.

Mack, S; Jacobi, F; Gerschler, A; Strehle, J; Höfler, M; Busch, MA; et al. (2014): Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 23(3): 289-303. DOI: 10.1002/mpr.1438.

vertraulich

Multmeier, J (2014): Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Deutschland – eine Kohortenbetrachtung der KBV. *Projekt Psychotherapie* 2: 12-23.

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2006 [2014]): NICE Clinical Guideline CG31. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 1-85433-430-1. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg31/evidence/full-guideline-pdf-194883373 (abgerufen am: 11.07.2018).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2010 [2018]): NICE Clinical Guideline CG90. Depression. The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition) [*Full Guideline*]. [Stand:] April 2018. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-904671-85-5. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guidline-pdf-4840934509 (abgerufen am: 09.07.2018).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2018]-a): NICE Clinical Guideline CG113. Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary, and Community Care [*Full Guideline*]. Last Updated: Juni 2018. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-904671-42-8. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/evidence/anxiety-full-guidance-pdf-136340461 (abgerufen am: 11.07.2018).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2018]-b): NICE Clinical Guideline CG123. Common Mental Health Disorders. Identification and Pathways to Care [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-31-4. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg123/evidence/full-guideline-pdf-181771741 (abgerufen am: 11.07.2018).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2012 [2016]): NICE Clinical Guideline CG133. Self-Harm: Longer-Term Management [*Full Guideline*]. Leicester, GB [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-pdf-184901581 (abgerufen am: 11.07.2018).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2013 [2017]): NICE Clinical Guideline CG159. Social Anxiety Disorder. Recognition, Assessment and Treatment [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-909726-03-1. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg159/evidence/full-guideline-pdf-189895069 (abgerufen am: 11.07.2018).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2014 [2018]): NICE Clinical Guideline CG185. Bipolar Disorder. The assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care. Updated Edition [*Full Guideline*]. Last Updated: April 2018. London, GB: NCCMH. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/evidence/full-guideline-pdf-4840895629 (abgerufen am: 09.07.2018).

vertraulich

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2019): NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder [*Guidance*]. Published: 05.12.2018, © NICE 2019. London, GB: NICE. ISBN: 978-1-4731-3181-1. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/resources/posttraumatic-stress-disorder-pdf-66141601777861 (abgerufen am: 03.02.2020).

Prinsen, CAC; Vohra, S; Rose, MR; Boers, M; Tugwell, P; Clarke, M; et al. (2016): How to select outcome measurement instruments for outcomes included in a "Core Outcome Set" — a practical guideline *Trials* 17:449. DOI: 10.1186/s13063-016-1555-2.

Qaseem, A; Barry, MJ; Kansagara, D (2016): Nonpharmacologic Versus Pharmacologic Treatment of Adult Patients With Major Depressive Disorder: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine* 164(5): 350-359. DOI: 10.7326/M15-2570

Riemann, D; Baum, E; Cohrs, S; Crönlein, T; Hajak, G; Hertenstein, E; et al. (2017): AWMF-Registernummer 063-003. S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“, Update 2016 [*Langfassung*]. Version 2.0. [Stand:] Dezember 2017. Schwalmstadt-Treysa: DGSM [Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/063-003l_S3_Insomnie-Erwachsene_2018-02.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).

RKI [Robert Koch-Institut]; Hrsg. (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. [Stand:] November 2015. Berlin: RKI. DOI: 10.17886/rkipubl-2015-003.

Rubel, JA; Zimmermann, D; Müller, V; Lutz, W (2017): Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 67(9-10): 436-448. DOI: 10.1055/s-0043-103272.

Rush, AJ; Kraemer, HC; Sackeim, HA; Fava, M; Trivedi, MH; Frank, E; et al. (2006): Report by the ACNP Task Force on Response and Remission in Major Depressive Disorder. *Neuropsychopharmacology* 31(9): 1841-1853. DOI: 10.1038/sj.npp.1301131.

Sandell, R (2015): Rating the outcomes of psychotherapy or psychoanalysis using the Change After Psychotherapy (CHAP) scales. Manual and Commentary. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome* 18(2): 32-49. DOI: 10.7411/RP.2015.111.

Schawohl, A; Odenwald, M (2018): Häufigkeit und Risikofaktoren des Therapieabbruchs in einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz: Der Einfluss von riskantem Alkoholkonsum zu Therapiebeginn. *Verhaltenstherapie* 28(4): 222-228. DOI: 10.1159/000492086.

Scholten, S; Velten, J; Kintscher, M; Pataki, A; Margraf, J (2018): Beschwerden über Psychotherapie und ihre Auswirkungen auf Patienten und Patientinnen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 68(09-10): 423-427. DOI: 10.1055/a-0597-5073.

Schulz, H; Harfst, T; Andreas, S; Kawski, S; Koch, U; Rabung, S (2009): Zusammenhang zwischen Patienten- und Therapeuteneinschätzungen der Ergebnisqualität in der Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Erkrankungen am Beispiel des SF-8. *Die Rehabilitation* 48(5): 270-276. DOI: 10.1055/s-0029-1239549.

vertraulich

Shattock, L; Berry, K; Degnan, A; Edge, D (2018): Therapeutic alliance in psychological therapy for people with schizophrenia and related psychoses: A systematic review. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 25(1): e60-e85. DOI: 10.1002/cpp.2135.

SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2012 [2018]): SIGN National Clinical Guideline 127. Management of perinatal mood disorders. [Stand:] March 2012 [2018]. Edinburgh, GB: SIGN. ISBN: 978-1-905813-86-5. URL: http://www.sign.ac.uk/assets/sign127_update.pdf (abgerufen am: 11.07.2018).

Statista (2020): Durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitsdauer aufgrund von psychischen Erkrankungen im Zeitraum von 2006 bis 2019 (AU-Tage je Fall). [Stand:] 24.11.2020. Hamburg: Statista. URL: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/845/umfrage/dauer-von-arbeitsunfaehigkeit-aufgrund-von-psychischen-erkrankungen/#:~:text=Durchschnittliche%20Arbeitsunf%C3%A4higkeitsdauer%20aufgrund%20von%20psychischen%20Erkrankungen%202019&text=Im%20Jahr%202019%20dauerte%20eine,in%20Deutschland%2035%2C4%20Tage (abgerufen am: 11.01.2021).

Strauß, B (2015): Chancenungleichheit auf der Suche nach einem Therapieplatz. Schlussfolgerungen für die zukünftigen Aufgaben der Psychotherapieforschung. *Psychotherapeut* 60(5): 389-396. DOI: 10.1007/s00278-015-0044-5.

SVR-Gesundheit [Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen] (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. Bonn: SVR-Gesundheit. URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf (abgerufen am: 20.02.2019).

Tasca, GA; Angus, L; Bonli, R; Drapeau, M; Fitzpatrick, M; Hunsley, J; et al. (2019): Outcome and Progress Monitoring in Psychotherapy: Report of a Canadian Psychological Association Task Force. *Canadian Psychology* 60(3): 165-177. DOI: 10.1037/cap0000181.

VA/DoD [U. S. Department of Veterans Affairs]/[Department of Veterans Affairs Department of Defense] (2016): VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Major Depressive Disorder. Version 3.0. Washington, US-DC: VA/DoD. URL: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/mdd/VADoDMDDCPGFINAL82916.pdf (abgerufen am: 12.07.2018).

VA/DoD [U.S. Department of Veterans Affairs]/[Department of Veterans Affairs Department of Defense] (2017): VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Version 3.0. [Stand:] June 2017. Washington, US-DC: VA/DoD. URL: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal.pdf (abgerufen am: 11.07.2018).

Walendzik, A; Rabe-Menssen, C; Lux, G; Wasem, J; Jahn, R (2014): Zur Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie – Ergebnisse einer Erhebung unter den Mitgliedern der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV). *Das Gesundheitswesen* 76(3): 135-146. DOI: 10.1055/s-0033-1343444.

vertraulich

Wiegand, HF; Sievers, C; Schillinger, M; Godemann, F (2016): Major depression treatment in Germany-descriptive analysis of health insurance fund routine data and assessment of guideline-adherence. *Journal of Affective Disorders* 189: 246-253. DOI: 10.1016/j.jad.2015.09.013.

Windle, E; Tee, H; Sabitova, A; Jovanovic, N; Priebe, S; Carr, C (2020): Association of Patient Treatment Preference With Dropout and Clinical Outcomes in Adult Psychosocial Mental Health Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA: Psychiatry* 77(3): 294-302. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.3750.

Wittmann, WW; Lutz, W; Steffanowski, A; Kriz, D; Glahn, EM; Völkle, MC; et al. (2011): Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse – Abschlussbericht. Hamburg: Techniker Krankenkasse. ISBN: 978-3-00-035022-1. URL: https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/342002/Datei/1226/TK-Abschlussbericht2011-Qualitaetsmonitoring-in-der-Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 09.01.2019).

Wojnarowski, C; Firth, N; Finegan, M; Delgadillo, J (2019): Predictors of depression relapse and recurrence after cognitive behavioural therapy: a systematic review and meta-analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 47(5): 514-529. DOI: 10.1017/S1352465819000080.

Zimmermann, D; Rubel, J; Page, AC; Lutz, W (2017): Therapist Effects on and Predictors of Non-Consensual Dropout in Psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 24(2): 312-321. DOI: 10.1002/cpp.2022.

vertraulich

IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

vertraulich

Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Anhang zum Abschlussbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 14. Juni 2021

Impressum

Thema:
Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Anhang zum Abschlussbericht

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner:
Prof. Dr. Jürgen Pauletzki, Fanny Schoeler-Rädke

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:
17. Mai 2018

Datum der Abgabe:
14. Juni 2021

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

info@iqtig.org
https://www.iqtig.org

vertraulich

Inhaltsverzeichnis

Anhang A: Literaturrecherche

Inhaltsverzeichnis

Anhang A.1: Rechercherbericht zur Aktualisierung der Literatur

Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Publikationen und Leitlinien

- Anhang A.2.1: Charakteristika der eingeschlossenen Studien zur Versorgungssituation
- Anhang A.2.2: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen
- Anhang A.2.3: Charakteristika der eingeschlossenen Studien zur Ergebnisqualität
- Anhang A.2.4: Extrahierte Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien

Literatur

Anhang B: Informationen für die fallbezogene QS Dokumentation

Anhang B.1: Eingeschlossene Fachgruppencodes

Anhang B.2: Einschlussdiagnosen nach ICD-10-GM

Anhang B.3: Ausschlussdiagnosen nach ICD-10-GM

Anhang B.4: Liste der Gebührenordnungspositionen nach EBM Version 2021

Anhang B.5: Patienten- und Leistungsfilter

Anhang B.6: Datenfelder der ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation

Anhang B.7: Dokumentationsbogen

Anhang C: Expertengremium

Anhang C.1: Entscheidungsbaum für die Auswahl der Expertinnen und Experten

Anhang C.2: Mitglieder des Expertengremiums

Anhang C.3: Übersicht zu den Interessenkonflikten der Expertinnen und Experten

vertraulich

Anhang A: Literaturrecherche

Inhaltsverzeichnis

Anhang A.1: Rechercherbericht zur Aktualisierung der Literatur 2

1 Ziel der Aktualisierung der Literatur 2

2 Informationsbeschaffung – Versorgungssituation 4

2.1 Eingeschlossene Publikationen zur Versorgungssituation 14

2.2 Ausgeschlossene Publikationen zur Versorgungssituation 14

3 Informationsbeschaffung – Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen 15

3.1 Eingeschlossene systematische Reviews zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen 29

3.2 Ausgeschlossene systematische Reviews zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen 31

4 Informationsbeschaffung – Ergebnisqualität 32

Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Publikationen und Leitlinien 41

Anhang A.2.1: Charakteristika der eingeschlossenen Studien zur Versorgungssituation ... 41

Anhang A.2.2: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen 47

Anhang A.2.3: Charakteristika der eingeschlossenen Studien zur Ergebnisqualität 56

Anhang A.2.4: Extrahierte Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien 59

Literatur 139

vertraulich

Anhang A.1: Recherchebericht zur Aktualisierung der Literatur

1 Ziel der Aktualisierung der Literatur

Die Literaturrecherche und -analyse ist Teil der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Sie bildet gemeinsam mit den Erkenntnissen aus den Fokusgruppen und den Ergebnissen der Sozialdatenanalyse sowie der Einschätzung des Expertengremiums die Grundlage für die Ableitung der Qualitätsmerkmale und der darauf basierenden Qualitätsindikatoren.

Für die Entwicklung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells (IQTIG 2019b) wurde 2018 eine systematische Recherche durchgeführt (IQTIG 2019a). Die systematische Recherche zu den Blöcken „Versorgungssituation“ sowie „Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen“ wurde für die im Anschluss stattfindende Verfahrensentwicklung aktualisiert. Im Projekt „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ erfolgte eine Überprüfung auf Aktualität der systematischen Recherche nach Leitlinien, auf deren Ergebnisse in adaptierter Form für die Qualitätsindikatorenentwicklung zurückgegriffen wurde (IQTIG 2020).

Die Aktualisierung der Literatur erfolgte mit Blick auf folgende Fragestellungen der einzelnen Informationsbeschaffungen:

- Informationsbeschaffung – Versorgungssituation
  - Identifizierung von Anhaltspunkten auf mögliche Über-/Unter-/Fehlversorgung bzw. Qualitätsdefizite/Qualitätspotenziale in der Versorgung von Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie in Deutschland
- Informationsbeschaffung – Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen
  - Wie wirkt Psychotherapie? Welche Wirkfaktoren werden beschrieben?
  - Welche Prädiktoren für bestimmte Outcomes werden thematisiert?
  - Welche (Wirk-)Faktoren beeinflussen das Ergebnis einer Psychotherapie (z. B. die therapeutische Beziehung)?
  - Welche Nebenwirkungen kann Psychotherapie (Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Analytische Psychotherapie, (Systemische Therapie)) hervorrufen?
  - Welche unerwünschten Wirkungen kann Psychotherapie (Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Analytische Psychotherapie, (Systemische Therapie)) hervorrufen?

vertraulich

  - Wie beeinflussen Diagnostik (Messinstrumente), Verlaufsmessungen, Therapiezielvereinbarungen und Vorbereitung des Therapieendes das Ergebnis einer Psychotherapie?

Des Weiteren wurde zu den folgenden Fragestellungen eine orientierende Recherche durchgeführt:

- Informationsbeschaffung – Ergebnisqualität
  - Welche Aspekte der Ergebnisqualität werden für die Behandlung von Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie beschrieben?
  - Was sind die Behandlungsziele bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, bei der analytischen Psychotherapie und der Verhaltenstherapie?
  - Können Outcomes in der Psychotherapie gemessen werden?
  - Wie können Outcomes in der Psychotherapie gemessen werden?
- Informationsbeschaffung – Risikoadjustierungsvariablen und Risikofaktoren
  - Welche relevanten Risikoadjustierungsvariablen, die im Rahmen von Risikoadjustierungsmodellen für das Behandlungsergebnis von ambulanter Psychotherapie verwendet werden können, lassen sich identifizieren?
  - Welche relevanten Risikofaktoren können zum Abbruch einer ambulanten Psychotherapie führen?

Die recherchierbaren Fragestellungen für die systematischen Recherchen zur Versorgungssituation sowie zu den Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschten Wirkungen wurden mithilfe des PICO-Schemas (Population, Intervention, Comparison, Outcome) definiert (Tabelle 1) und sind im Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell aufgeführt (IQTIG 2019a).

Tabelle 1: PICO-Schema

P	Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie aufgrund der dort genannten Indikationen nach ICD-10-GM F10.- bis F69 und F80.- bis F98.- erhalten. Wenn die Ergebnisse nicht separat für die hier interessierende Population dargestellt sind, dann müssen mindestens 80 % der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten eine der oben aufgeführten Indikation nach ICD-10-GM aufweisen.
I/C	▪ ambulante Psychotherapie allgemein ▪ ambulante Verhaltenstherapie ▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ▪ ambulante analytische Psychotherapie
O	▪ patientenrelevante Aspekte ▪ Qualitätsdefizite ▪ Prädiktoren, Wirkfaktoren, unerwünschte Wirkungen ▪ Ergebnisqualität

vertraulich

2 Informationsbeschaffung – Versorgungssituation

Zur Identifizierung von Anhaltspunkten auf mögliche Über-, Unter- und Fehlversorgung bzw. Qualitätsdefizite/Qualitätspotenziale in der Versorgung von Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie in Deutschland wurde eine Aktualisierung der systematischen Recherche, die für den Zwischenbericht erfolgt war, durchgeführt.

In Tabelle 2 sind die definierten Einschlusskriterien, die dem Screening der Publikationen zur Versorgungssituation zugrunde lagen, aufgeführt.

Tabelle 2: Einschlusskriterien für Publikationen zur Versorgungssituation

	Einschluss
E1	Vollpublikation erhältlich.
E2	Deutsche oder englische Sprache der Vollpublikation.
E3	Publikationsdatum der Vollpublikation ab 26.07.2018.
E4	Systematische Reviews, Primärstudie, Sekundärdatenanalysen. Editorials, Konferenzabstracts, narrative Reviews, Fallberichte und Fallserien werden ausgeschlossen.
E5	Die Publikation adressiert die ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten in Deutschland oder Deutschland im Vergleich mit anderen Ländern, bzw. Studien mit deutscher Studienpopulation oder Publikationen aus anderen Länder, die eine deutsche Studienpopulation untersuchen oder mitbetrachten.
E6	Population Die Publikation adressiert Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie aufgrund der dort genannten Indikationen gemäß ICD-10-GM ▪ F10.- bis F69 und F80.- bis F98.- (mindestens 80 % der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten, wenn die Ergebnisse nicht separat für die hier interessierende Population dargestellt sind) erhalten. Ausgeschlossen werden Diagnosen und therapeutische Verfahren, die nicht in den Regelungsbereich der Psychotherapie-Richtlinie fallen.
E7	Intervention ▪ ambulante Psychotherapie allgemein ▪ ambulante Verhaltenstherapie ▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ▪ ambulante analytische Psychotherapie

vertraulich

	Einschluss
E8	Outcome In den Publikationen werden Qualitätsdefizite, die im Zusammenhang mit ambulanter Psychotherapie bestehen, benannt

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

- Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions(R) 1946 to October 21, 2019
- PsycINFO 1806 to October Week 2 2019
- Embase via Elsevier

Für die Recherche wurde zunächst eine Strategie für die Literaturdatenbank MEDLINE entwickelt und dann entsprechend an die anderen Datenbanken angepasst.

Die Suchstrategie bestand aus drei Blöcken: einem Rechercheblock für die Population und Intervention (Patientinnen und Patienten in Psychotherapie), einem Rechercheblock für die Versorgungssituation und einem Rechercheblock, der die Recherche auf Publikationen aus Deutschland (bzw. auf eine deutsche Studienpopulation) einschränkt. Dieser Rechercheblock basiert auf dem Deutschland-Filter von Pieper et al. (2015) und wurde für die jeweilige Suchoberfläche angepasst.

Folgende Limitationen wurden, falls in der jeweiligen Datenbank möglich, bei der Suchstrategie berücksichtigt:

- Publikationen ab 2018
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- Publikationen aus Deutschland (bzw. mit deutscher Studienpopulation)
- keine Editorials, Kommentare, Fallberichte oder Kongressabstracts.

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (Tabelle 3, Tabelle 4, Tabelle 5 und Tabelle 13).

Die Recherche erfolgte für alle Datenbanken am 22.10.2019.

Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

Tabelle 3: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Versorgungssituation); Datum der Recherche: 22.10.2019

#	Searches
1	Behavior Therapy/
2	(behavio?r* adj2 therap*).tw.
3	behavio?r* treatment?.tw.
4	Cognitive Therapy/

vertraulich

#	Searches
5	(cognitive adj2 (therap* or psychotherap*)).tw.
6	*PSYCHOTHERAPY/
7	(psychotherap* or psychiatric treatment? or psychological intervention?).ti.
8	Psychoanalytic Therapy/
9	psychoanalytic* therap*.tw.
10	analytic* therap*.tw.
11	Psychotherapy, Psychodynamic/
12	(psychodynamic* adj (therap* or analysis)).tw.
13	psychodynamic* psychotherap*.tw.
14	Psychoanalysis/
15	psychoanalysis.tw.
16	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
17	exp Germany/
18	(germany or deutschland).ot,ti,ab,in.
19	(german or deutsch*).ot,ti,ab.
20	(berlin or hamburg or munchen or muenchen or munich or koln or koeln or cologne or frankfurt or stuttgart or dusseldorf or duesseldorf or dortmund or essen or bremen or dresden or leipzig or hannover or nuernberg or nurnberg or aachen or augsburg or bamberg or bayreuth or benediktbeuern or bochum or braunschweig or chemnitz or clausthal or cottbus or darmstadt or detmold or eichstatt or Eichstaett or eltville or Ingolstadt or Erfurt or Erlangen or flensburg or freiberg or freiburg or friedrichshafen or fulda or giesen or giessen or Greifswald or gottingen or goettingen or Hagen or Halle or heidelberg or Hildesheim or Ilmenau or Jena or kaiserslautern or karlsruhe or kassel or kiel or koblenz or konstanz or luebeck or lubeck or ludwigsburg or lueneburg or luneburg or leverkusen or mainz or marburg or munster or muenster or neuendettelsau or neubrandenburg or oestrich-winkel or oldenburg or osnabrueck or osnabruck or paderborn or passau or potsdam or regensburg or rostock or saar or augustin or schwabisch or gmund or schwaebisch or gmuend or siegen or speyer or trier or trossingen or tuebingen or tubingen or ulm or vallendar or vechta or weimar or weingarten or witten or wuppertal or wuerzburg or wurzburg or zittau or duisburg or bonn or bielefeld or mannheim or 'north rhine-westphalia' or nrw or 'nordrhein westfalen' or 'rhine ruhr' or rhein or ruhr or 'schleswig holstein' or 'mecklenburg vorpommern' or 'mecklenburg-western pomerania' or brandenburg or sachsen or saxony or 'saxony anhalt' or 'sachsen anhalt' or thuringia or thuringen or thueringen or niedersachsen or 'lower saxony' or hesse or hessia or hessen or 'rhineland palatinate' or rheinland or pfalz or saarland or baden or wurttemberg or wuerttemberg or bavaria or bayern).ot,ti,ab,in.
21	17 or 18 or 19 or 20

vertraulich

#	Searches
22	(overus* or over-us* or underus* or under-us* or misus* or mis-us* or abuse or over-treat* or undertreat* or inappropriat* or misappropriat* or appropriat* or overdiag-nos* or over-diagnos* or misdiagnos* or underdiagnos* or under-diagnos* or dam-age* or overutili?ation or over-utili?ation or underutili?ation or under-utili?ation or unnecessar* or necessity or benefit? or harm? or state).tw.
23	((inadequate or improper* or incorrect or careless or unsuitabl?) adj2 (use* or handl* or treat*)).tw.
24	(deficit* or quality).tw.
25	performance indicator*.tw.
26	((medical or health) adj2 care adj2 situation?).tw.
27	exp Quality Improvement/
28	exp Health Services Misuse/
29	exp Quality Indicators, Health Care/
30	exp Quality Assurance, Health Care/
31	exp "Delivery of Health Care, Integrated"/
32	exp Patient Care Management/
33	exp Patient Care/
34	exp Community Health Services/
35	exp Utilization Review/
36	exp "Health Services Needs and Demand"/
37	exp Self Care/ or exp Self-Management/ or (self adj2 (care or management)).tw.
38	(Healthcare utili?ation or Health-care utili?ation).tw.
39	supply situation?.tw.
40	potential.tw.
41	or/22-40
42	16 and 21 and 41
43	limit 42 to (english or german)
44	animals/ not (animals/ and humans/)
45	43 not 44
46	limit 45 to (case reports or comment or editorial)
47	45 not 46
48	limit 47 to yr="2018 -Current"

vertraulich

#	Searches
49	remove duplicates from 48

Suchstrategie für PsycINFO via Ovid

Tabelle 4: Suchstrategie für PsycINFO via Ovid (Versorgungssituation); Datum der Recherche: 22.10.2019

#	Searches
1	Behavior Therapy/
2	(behavio?r* adj2 therap*).tw.
3	behavio?r* treatment?.tw.
4	Cognitive Therapy/
5	(cognitive adj2 (therap* or psychotherap*)).tw.
6	*PSYCHOTHERAPY/
7	(psychotherap* or psychiatric treatment? or psychological intervention?).ti.
8	Psychoanalysis/
9	psychoanalytic* therap*.tw.
10	analytic* therap*.tw.
11	Psychodynamic Psychotherapy/
12	(psychodynamic* adj (therap* or analysis)).tw.
13	psychodynamic* psychotherap*.tw.
14	psychoanalysis.tw.
15	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
16	(germany or deutschland).ot,ti,ab,in.
17	(german or deutsch*).ot,ti,ab.
18	(berlin or hamburg or munchen or muenchen or munich or koln or koeln or cologne or frankfurt or stuttgart or dusseldorf or duesseldorf or dortmund or essen or bremen or dresden or leipzig or hannover or nuernberg or nurnberg or aachen or augsburg or bamberg or bayreuth or benediktbeuern or bochum or braunschweig or chemnitz or clausthal or cottbus or darmstadt or detmold or eichstatt or Eichstaett or eltville or Ingolstadt or Erfurt or Erlangen or flensburg or freiberg or freiburg or friedrichshafen or fulda or giesen or giessen or Greifswald or gottingen or goettingen or Hagen or Halle or heidelberg or Hildesheim or Ilmenau or Jena or kaiserslautern or karlsruhe or kassel or kiel or koblenz or konstanz or luebeck or lubeck or ludwigsburg or lueneburg or luneburg or leverkusen or mainz or marburg or munster or muenster or neuendettelsau or neubrandenburg or oestrich-winkel or oldenburg or osnabrueck or osnabruck or paderborn or passau or potsdam or regensburg or rostock or saar or augustin or schwabisch or gmund or schwaebisch or gmuend or siegen or speyer or trier or trossingen or

vertraulich

#	Searches
	tuebingen or tubingen or ulm or vallendar or vechta or weimar or weingarten or witten or wuppertal or wuerzburg or wurzburg or zittau or duisburg or bonn or bielefeld or mannheim or 'north rhine-westphalia' or nrw or 'nordrhein westfalen' or 'rhine ruhr' or rhein or ruhr or 'schleswig holstein' or 'mecklenburg vorpommern' or 'mecklenburg-western pomerania' or brandenburg or sachsen or saxony or 'saxony anhalt' or 'sachsen anhalt' or thuringia or thuringen or thueringen or niedersachsen or 'lower saxony' or hesse or hessia or hessen or 'rhineland palatinate' or rheinland or pfalz or saarland or baden or wurttemberg or wuerttemberg or bavaria or bayern).ot,ti,ab,in.
19	16 or 17 or 18
20	(overus* or over-us* or underus* or under-us* or misus* or mis-us* or abuse or overtreat* or undertreat* or inappropriat* or misappropriat* or appropriat* or overdiagnos* or over-diagnos* or misdiagnos* or underdiagnos* or under-diagnos* or damage* or overutili?ation or over-utili?ation or underutili?ation or under-utili?ation or unnecessar* or necessity or benefit? or harm? or state).tw.
21	((inadequate or improper* or incorrect or careless or unsuitabl?) adj2 (use* or handl* or treat*)).tw.
22	(deficit* or quality).tw.
23	performance indicator*.tw.
24	((medical or health) adj2 care adj2 situation?).tw.
25	exp Quality Control/
26	exp "Quality of Care"/
27	exp "Quality of Services"/
28	exp Integrated Services/
29	exp health care delivery/
30	exp caring behaviors/
31	exp health care services/
32	exp utilization reviews/
33	exp health care utilization/
34	exp Community Mental Health Services/
35	exp Health Service Needs/
36	exp Self-Management/ or (self adj2 (care or management)).tw.
37	(Healthcare utili?ation or Health-care utili?ation).tw.
38	supply situation?.tw.
39	potential.tw.
40	or/20-39

vertraulich

#	Searches
41	15 and 19 and 40
42	limit 41 to (english or german)
43	limit 42 to (case reports or comment or editorial)
44	42 not 43
45	limit 44 to yr="2018 -Current"
46	remove duplicates from 45

Suchstrategie für Embase via Elsevier

Tabelle 5: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Versorgungssituation); Datum der Recherche: 22.10.2019

No.	Query
#1	'behavior therapy'/de
#2	(behavio$r* NEAR/2 therap*):ti,ab
#3	'behavio$r* treatment$':ti,ab
#4	'cognitive therapy'/de
#5	(cognitive NEAR/2 (therap* OR psychotherap*)):ti,ab
#6	'psychotherapy'/mj
#7	psychotherap*:ti OR "psychiatric treatment$":ti OR "psychological intervention$":ti
#8	'psychoanalysis'/de
#9	'psychoanalytic* therap*':ti,ab
#10	'analytic* therap*':ti,ab
#11	'psychodynamic psychotherapy'/de
#12	(psychodynamic* NEAR/1 (therap* OR analysis)):ti,ab
#13	'psychodynamic* psychotherap*':ti,ab
#14	psychoanalysis:ti,ab
#15	#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
#16	'germany'/exp
#17	germany:ca,ad,ab,ti OR deutschland:ca,ad,ab,ti
#18	german:ab,ti OR deutsch*:ab,ti

vertraulich

No.	Query
#19	berlin:ca,ad,ab,ti OR hamburg:ca,ad,ab,ti OR münchen:ca,ad,ab,ti OR muenchen:ca,ad,ab,ti OR munchen:ca,ad,ab,ti OR munich:ca,ad,ab,ti OR köln:ca,ad,ab,ti OR koeln:ca,ad,ab,ti OR koln:ca,ad,ab,ti OR cologne:ca,ad,ab,ti OR frankfurt:ca,ad,ab,ti OR stuttgart:ca,ad,ab,ti OR düsseldorf:ca,ad,ab,ti OR duesseldorf:ca,ad,ab,ti OR dusseldorf:ca,ad,ab,ti OR dortmund:ca,ad,ab,ti OR essen:ca,ad,ab,ti OR bremen:ca,ad,ab,ti OR dresden:ca,ad,ab,ti OR leipzig:ca,ad,ab,ti OR hannover:ca,ad,ab,ti OR nürnberg:ca,ad,ab,ti OR nuernberg:ca,ad,ab,ti OR nurnberg:ca,ad,ab,ti OR aachen:ca,ad,ab,ti OR augsburg:ca,ad,ab,ti OR bamberg:ca,ad,ab,ti OR bayreuth:ca,ad,ab,ti OR benediktbeuern:ca,ad,ab,ti OR bochum:ca,ad,ab,ti OR braunschweig:ca,ad,ab,ti OR chemnitz:ca,ad,ab,ti OR clausthal:ca,ad,ab,ti OR cottbus:ca,ad,ab,ti OR darmstadt:ca,ad,ab,ti OR detmold:ca,ad,ab,ti OR eichstätt:ca,ad,ab,ti OR eichstatt:ca,ad,ab,ti OR eichstaett:ca,ad,ab,ti OR eltville:ca,ad,ab,ti OR ingolstadt:ca,ad,ab,ti OR erfurt:ca,ad,ab,ti OR erlangen:ca,ad,ab,ti OR flensburg:ca,ad,ab,ti OR freiberg:ca,ad,ab,ti OR freiburg:ca,ad,ab,ti OR friedrichshafen:ca,ad,ab,ti OR fulda:ca,ad,ab,ti OR gießen:ca,ad,ab,ti OR giessen:ca,ad,ab,ti OR giesen:ca,ad,ab,ti OR greifswald:ca,ad,ab,ti OR göttingen:ca,ad,ab,ti OR goettingen:ca,ad,ab,ti OR gottingen:ca,ad,ab,ti OR hagen:ca,ad,ab,ti OR halle:ca,ad,ab,ti OR heidelberg:ca,ad,ab,ti OR hildesheim:ca,ad,ab,ti OR ilmenau:ca,ad,ab,ti OR jena:ca,ad,ab,ti OR kaiserslautern:ca,ad,ab,ti OR karlsruhe:ca,ad,ab,ti OR kassel:ca,ad,ab,ti OR kiel:ca,ad,ab,ti OR koblenz:ca,ad,ab,ti OR konstanz:ca,ad,ab,ti OR luebeck:ca,ad,ab,ti OR lübeck:ca,ad,ab,ti OR lubeck:ca,ad,ab,ti OR ludwigsburg:ca,ad,ab,ti OR luenebuerg:ca,ad,ab,ti OR lüneburg:ca,ad,ab,ti OR luneburg:ca,ad,ab,ti OR leverkusen:ca,ad,ab,ti OR mainz:ca,ad,ab,ti OR marburg:ca,ad,ab,ti OR münster:ca,ad,ab,ti OR munster:ca,ad,ab,ti OR muenster:ca,ad,ab,ti OR neuendettelsau:ca,ad,ab,ti OR neubrandenburg:ca,ad,ab,ti OR 'oestrich winkel':ca,ad,ab,ti OR oldenburg:ca,ad,ab,ti OR osnabrueck:ca,ad,ab,ti OR osnabrück:ca,ad,ab,ti OR osnabruck:ca,ad,ab,ti OR paderborn:ca,ad,ab,ti OR passau:ca,ad,ab,ti OR potsdam:ca,ad,ab,ti OR regensburg:ca,ad,ab,ti OR rostock:ca,ad,ab,ti OR saar:ca,ad,ab,ti OR augustin:ca,ad,ab,ti OR schwäbisch:ca,ad,ab,ti OR gmünd:ca,ad,ab,ti OR schwabisch:ca,ad,ab,ti OR gmund:ca,ad,ab,ti OR schwaebisch:ca,ad,ab,ti OR gmuend:ca,ad,ab,ti OR siegen:ca,ad,ab,ti OR speyer:ca,ad,ab,ti OR trier:ca,ad,ab,ti OR trossingen:ca,ad,ab,ti OR tuebingen:ca,ad,ab,ti OR tübingen:ca,ad,ab,ti OR tubingen:ca,ad,ab,ti OR ulm:ca,ad,ab,ti OR vallendar:ca,ad,ab,ti OR vechta:ca,ad,ab,ti OR weimar:ca,ad,ab,ti OR weingarten:ca,ad,ab,ti OR witten:ca,ad,ab,ti OR wuppertal:ca,ad,ab,ti OR wuerzburg:ca,ad,ab,ti OR würzburg:ca,ad,ab,ti OR wurzburg:ca,ad,ab,ti OR zittau:ca,ad,ab,ti OR duisburg:ca,ad,ab,ti OR bonn:ca,ad,ab,ti OR bielefeld:ca,ad,ab,ti OR mannheim:ca,ad,ab,ti OR 'north rhine-westphalia':ca,ad,ab,ti OR nrw:ca,ad,ab,ti OR 'nordrhein westfalen':ca,ad,ab,ti OR 'rhine ruhr':ca,ad,ab,ti OR rhein:ca,ad,ab,ti OR ruhr:ca,ad,ab,ti OR 'schleswig holstein':ca,ad,ab,ti OR 'mecklenburg vorpommern':ca,ad,ab,ti OR 'mecklenburg-western pomerania':ca,ad,ab,ti OR brandenburg:ca,ad,ab,ti OR sachsen:ca,ad,ab,ti OR saxony:ca,ad,ab,ti OR 'saxony anhalt':ca,ad,ab,ti OR 'sachsen anhalt':ca,ad,ab,ti OR thuringia:ca,ad,ab,ti OR thüringen:ca,ad,ab,ti OR thuringen:ca,ad,ab,ti OR thueringen:ca,ad,ab,ti OR niedersachsen:ca,ad,ab,ti OR 'lower saxony':ca,ad,ab,ti OR hesse:ca,ad,ab,ti OR hessia:ca,ad,ab,ti OR hessen:ca,ad,ab,ti OR 'rhineland palatinate':ca,ad,ab,ti OR rheinland:ca,ad,ab,ti OR pfalz:ca,ad,ab,ti OR saarland:ca,ad,ab,ti

Vertraulich

No.	Query
	OR baden:ca,ad,ab,ti OR württemberg:ca,ad,ab,ti OR wurttemberg:ca,ad,ab,ti OR wuerttemberg:ca,ad,ab,ti OR bavaria:ca,ad,ab,ti OR bayern:ca,ad,ab,ti
#20	#16 OR #17 OR #18 OR #19
#21	overus*:ab,ti OR 'over-us*':ab,ti OR underus*:ab,ti OR 'under-us*':ab,ti OR misus*:ab,ti OR 'mis-us*':ab,ti OR abuse:ab,ti OR overtreat*:ab,ti OR under-treat*:ab,ti OR inappropriat*:ab,ti OR misappropriat*:ab,ti OR appropriat*:ab,ti OR overdiagnos*:ab,ti OR 'over-diagnos*':ab,ti OR misdiagnos*:ab,ti OR underdiag-nos*:ab,ti OR 'under-diagnos*':ab,ti OR damage*:ab,ti OR overutili$ation:ab,ti OR 'over-utili$ation':ab,ti OR underutili$ation:ab,ti OR 'under-utili$ation':ab,ti OR unnec-essar*:ab,ti OR necessity:ab,ti OR benefit$:ab,ti OR harm$:ab,ti OR state:ab,ti
#22	((inadequate OR improper* OR incorrect OR careless OR unsuitabl$) NEAR/2 (use* OR handl* OR treat*)):ab,ti
#23	deficit*:ab,ti OR quality:ab,ti
#24	'performance indicator*':ab,ti OR 'clinical indicator'/exp
#25	((medical OR health) NEAR/2 care NEAR/2 situation$):ab,ti
#26	'total quality management'/exp
#27	'health service'/exp
#28	'health care quality'/exp
#29	'integrated health care system'/exp
#30	'patient care'/exp
#31	'community care'/exp
#32	'utilization review'/exp
#33	'self care'/exp OR ((self NEAR/2 (care OR management)):ab,ti)
#34	'healthcare utili$ation':ab,ti OR 'health-care utili$ation':ab,ti
#35	'supply situation$':ab,ti
#36	potential:ab,ti
#37	#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
#38	#15 AND #20 AND #37 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
#39	'animal'/de NOT ('animal'/de AND 'human'/de)
#40	#38 NOT #39
#41	#40 AND 'case report'/de
#42	#40 NOT #41

vertraulich

No.	Query
#43	#42 AND ([editorial]/lim OR [letter]/lim OR [note]/lim)
#44	#42 NOT #43
#45	#44 AND [2018-2019]/py
#46	#45 AND [26-7-2018]/sd NOT [22-10-2019]/sd

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

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (Tabelle 2) zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Es erfolgte eine Dokumentation des Volltext-Screenings und der Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen (Abschnitt 2.2).

Eine Gesamtübersicht über die Update-Recherche in bibliographischen Datenbanken bietet das nachfolgende Flowchart (Abbildung 1).

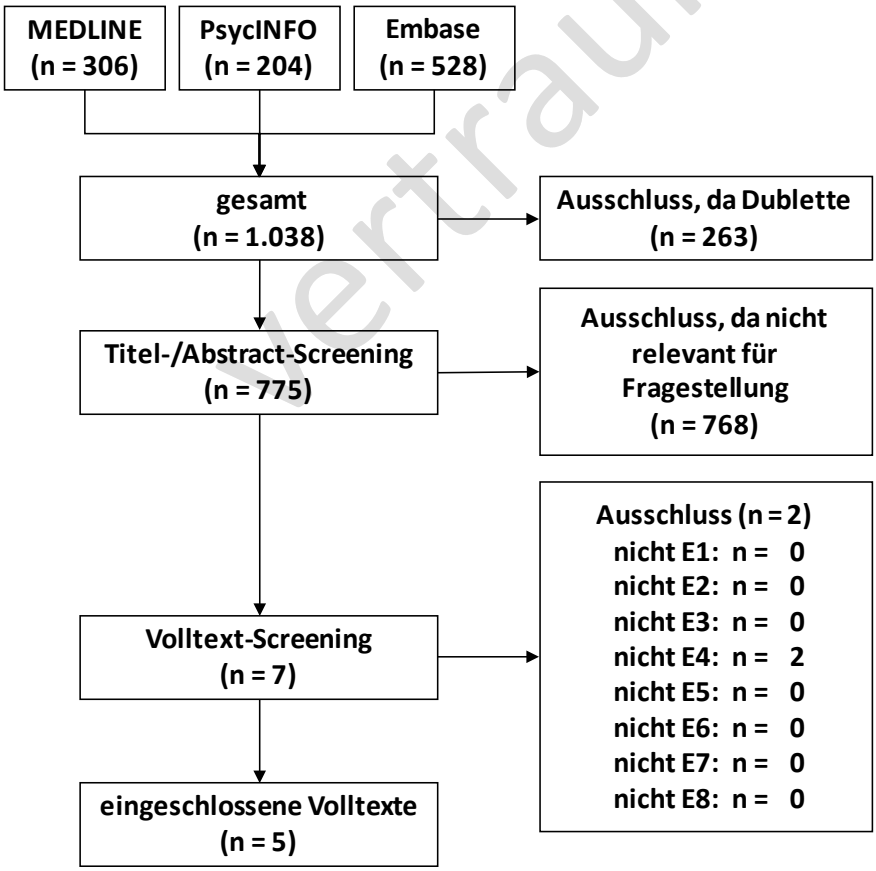


Abbildung 1: Flowchart zur Literaturaktualisierung für Publikationen zur Versorgungssituation

vertraulich

2.1 Eingeschlossene Publikationen zur Versorgungssituation

Nach dem Volltext-Screening konnten 5 Artikel eingeschlossen werden (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Liste der eingeschlossenen Artikel zur Versorgungssituation

	Titel	Referenz
1	Are we overdosing treatment? Secondary findings from a study following women with bulimia nervosa after inpatient treatment	Beintner und Jacobi (2018)
2	Gründe für das Nichtzustandekommen von Psychotherapien	Hannich et al. (2019)
3	Hindernisse und Voraussetzungen für die Vermittlung älterer, depressiv erkrankter Menschen in Psychotherapie aus Sicht von HausärztInnen	Kammerer et al. (2019)
4	Häufigkeit und Risikofaktoren des Therapieabbruchs in einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz: Der Einfluss von riskantem Alkoholkonsum zu Therapiebeginn	Schawohl und Odenwald (2018)
5	Beschwerden über Psychotherapie und ihre Auswirkungen auf Patienten und Patientinnen.	Scholten et al. (2018)

Datenextraktion

Die Datenextraktion der eingeschlossenen Studien zur Versorgungssituation wurde von einer Person durchgeführt. Die Datenextraktion schloss relevante Informationen wie beispielsweise Autorin/Autor, Thema/Fragestellung, Studiendesign und untersuchte Population ein. Die Charakteristika der eingeschlossenen Studien sind in Anhang A.2.1 dokumentiert.

2.2 Ausgeschlossene Publikationen zur Versorgungssituation

Eine Liste der im Volltext überprüften, aber ausgeschlossenen Artikel zur Versorgungssituation mit Ausschlussgründen (siehe Tabelle 2) findet sich nachfolgend:

Nicht E1, E2, E3, E5, E6. E7, E8

Keine

Nicht E4

1. Schigl, B; Gahleitner, SB (2018): Psychotherapeutische Fehler. Wie wir damit umgehen, macht den -Unterschied. *Trauma und Gewalt* 12(4): 322-333. DOI: 10.21706/tg-12-4-322.
2. Schwartze, D; Strauss, B (2018): Zur Definition und Erfassung von Kunstfehlern und Kunstfehlerfolgen in der Psychotherapie. *Trauma und Gewalt* 12(4): 296-306. DOI: 10.21706/tg-12-4-296.

vertraulich

3 Informationsbeschaffung – Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen

Um für die Generierung der Qualitätsmerkmale ein möglichst umfassendes Bild zu Wirkfaktoren, Prädikatoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen zu erhalten, wurde die Recherche nach systematischen Reviews nach dem Zwischenbericht (IQTIG 2019a, IQTIG 2019b) aktualisiert.

Die Aktualisierung der Literaturrecherche nach systematischen Übersichtsarbeiten zu verschiedenen Wirkfaktoren, Prädikatoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen wurde in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions(R) 1946 to October 21, 2019
- PsycINFO 1806 to October Week 2 2019
- Embase via Elsevier

Folgende Limitationen wurden, falls in der jeweiligen Datenbank möglich, bei der Suchstrategie berücksichtigt:

- systematische Reviews
- Publikationen ab 2018
- nur englische und deutsche Publikationen

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (Tabelle 8, Tabelle 9 und Tabelle 10).

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 22. Oktober 2019.

In Tabelle 7 sind die definierten Einschlusskriterien, die dem Screening der Publikationen zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschten Wirkungen zugrunde liegen, aufgeführt.

Tabelle 7: Einschlusskriterien für systematische Reviews zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen

	Einschluss
E1	Vollpublikation erhältlich.
E2	Deutsche oder englische Sprache der Vollpublikation.
E3	Publikationsdatum der Vollpublikation ab 06.09.2018.
E4	Systematische Reviews. Editorials, Konferenzabstracts, narrative Reviews, Fallberichte und Fallserien werden ausgeschlossen.

vertraulich

	Einschluss
E5	Die Publikation adressiert die ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten aus Ländern gemäß des WHO-Stratum A* bzw. Studien mit deutscher Studienpopulation oder Publikationen aus anderen Länder, die eine deutsche Studienpopulation untersuchen oder mitbetrachten.
E6	Population Die Publikation adressiert Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie aufgrund der dort genannten Indikationen gemäß ICD-10-GM ▪ F10.- bis F69 und F80.- bis F98.- (mindestens 80 % der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten, wenn die Ergebnisse nicht separat für die hier interessierende Population dargestellt sind) erhalten. Ausgeschlossen werden Diagnosen und therapeutische Verfahren, die nicht in den Regelungsbereich der Psychotherapie-Richtlinie fallen.
E7	Intervention ▪ ambulante Psychotherapie allgemein ▪ ambulante Verhaltenstherapie ▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ▪ ambulante analytische Psychotherapie
E8	Outcome ▪ Prädiktoren: Die Publikation arbeitet Prädiktoren für verschiedene Outcomes der Zielintervention heraus. ▪ Wirkfaktoren: Die Publikation nimmt Bezug auf Wirkfaktoren (z. B. therapeutische Beziehung, Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, motivationale Klärung, Problembewältigung) der Zielintervention. ▪ unerwünschte Wirkungen: Die Publikation beschreibt unerwünschte Wirkungen der Zielintervention.

vertraulich

* Als Grundlage für die Entscheidung, welche internationalen Publikationen eingeschlossen werden sollen, wurde die Staateneinteilung des Weltgesundheitsberichts 2003 der World Health Organization (WHO) herangezogen (WHO 2003). Nur Publikationen aus Industrienationen, die wie Deutschland zum WHO-Stratum A gehören, wurden berücksichtigt.

Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

Tabelle 8: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Wirkfaktoren); Datum der Recherche: 22.10.2019

#	Searches
1	Behavior Therapy/
2	(behavio?r* adj2 therap*).tw.
3	behavio?r* treatment?.tw.

#	Searches
4	Cognitive Therapy/
5	(cognitive adj2 (therap* or psychotherap*)).tw.
6	*PSYCHOTHERAPY/
7	(psychotherap* or psychiatric treatment? or psychological intervention?).ti.
8	Psychoanalytic Therapy/
9	psychoanalytic* therap*.tw.
10	analytic* therap*.tw.
11	Psychotherapy, Psychodynamic/
12	(psychodynamic* adj (therap* or analysis)).tw.
13	psychodynamic* psychotherap*.tw.
14	Psychoanalysis/
15	psychoanalysis.tw.
16	or/1-15
17	alliance*.tw.
18	factor?.tw.
19	(mechanism? adj2 change?).tw.
20	(mechanism? adj2 action?).tw.
21	(mechanism? adj3 treatment?).tw.
22	relationship?.tw.
23	Physician-Patient Relations/
24	Professional-Patient Relations/
25	predict*.tw.
26	(mediator? or mediation?).tw.
27	(moderator? or moderation?).tw.
28	characteristic?.tw.
29	variable?.tw.
30	correlat*.tw.
31	((side or negative or unwanted or adverse or undesirable) adj2 effect?).tw.
32	(adverse adj2 (event? or outcome? or impact)).tw.
33	(adversely adj2 (affect? or influence?)).tw.

vertraulich

#	Searches
34	ae.fs.
35	complication?.tw.
36	co.fs.
37	sequela?.tw.
38	risk?.tw.
39	risk/
40	treatment emergent.tw.
41	*treatment outcome/
42	premature discontinu*.tw.
43	(therapeutic adj (collaboration? or bond?)).tw.
44	expectation?.tw.
45	"Retention (Psychology)"/
46	retention?.tw.
47	(dropout? or drop-out?).tw.
48	(process or processes).tw.
49	Psychotherapeutic Processes/
50	evaluation?.tw.
51	Aftercare/
52	Patient Discharge/
53	Continuity of Patient Care/
54	("after-care" or "after-treatment" or "follow-up care").tw.
55	post-treatment follow-up?.tw.
56	success.tw.
57	(pre-post adj2 effect?).tw.
58	goal attainment?.tw.
59	(treatment? adj2 (error? or inappropriate or failure?)).tw.
60	treatment failure/
61	malpractice?.tw.
62	malpractice/
63	negligence.tw.

vertraulich

#	Searches
64	or/17-63
65	Meta-Analysis as Topic/
66	meta analy*.tw.
67	metaanaly*.tw.
68	Meta-Analysis/
69	((systematic* or comprehensive* or integrative or electronic*) adj3 (review? or overview? or bibliographic* or literature or search*)).tw.
70	exp Review Literature as Topic/
71	65 or 66 or 67 or 68 or 69 or 70
72	medline.ab.
73	pubmed.ab.
74	cochrane.ab.
75	embase.ab.
76	(psychinfo or psycinfo).ab.
77	(cinahl or cinhal).ab.
78	science citation index.ab.
79	scopus.ab.
80	science?direct.ab.
81	google scholar.ab.
82	72 or 73 or 74 or 75 or 76 or 77 or 78 or 79 or 80 or 81
83	((study or studies) adj (selection or selected)).ab.
84	reference list*.ab.
85	bibliograph*.ab.
86	(hand-search* or handsearch*).ab.
87	relevant journals.ab.
88	manual search*.ab.
89	83 or 84 or 85 or 86 or 87 or 88
90	selection criteria.ab.
91	data extraction.ab.
92	90 or 91

vertraulich

#	Searches
93	Review/
94	92 and 93
95	Comment/
96	Letter/
97	Editorial/
98	animal/
99	human/
100	98 not (98 and 99)
101	95 or 96 or 97 or 100
102	71 or 82 or 89 or 94
103	102 not 101
104	16 and 64 and 103
105	limit 104 to (english or german)
106	limit 105 to yr="2018 -Current"
107	remove duplicates from 106

Suchstrategie für PsycINFO via Ovid

Tabelle 9: Suchstrategie für PsycINFO via Ovid (Wirkfaktoren); Datum der Recherche: 22.10.2019

#	Searches
1	Behavior Therapy/
2	(behavio?r* adj2 therap*).tw.
3	behavio?r* treatment?.tw.
4	Cognitive Therapy/
5	(cognitive adj2 (therap* or psychotherap*)).tw.
6	*PSYCHOTHERAPY/
7	(psychotherap* or psychiatric treatment? or psychological intervention?).ti.
8	Psychoanalysis/
9	psychoanalytic* therap*.tw.
10	analytic* therap*.tw.
11	Psychodynamic Psychotherapy/

vertraulich

#	Searches
12	(psychodynamic* adj (therap* or analysis)).tw.
13	psychodynamic* psychotherap*.tw.
14	psychoanalysis.tw.
15	or/1-14
16	alliance*.tw.
17	factor?.tw.
18	(mechanism? adj2 change?).tw.
19	(mechanism? adj2 action?).tw.
20	(mechanism? adj3 treatment?).tw.
21	relationship?.tw.
22	exp Therapeutic Processes/
23	predict*.tw.
24	prediction/
25	(mediator? or mediation?).tw.
26	(moderator? or moderation?).tw.
27	characteristic?.tw.
28	variable?.tw.
29	correlat*.tw.
30	((side or negative or unwanted or adverse or undesirable) adj2 effect?).tw.
31	(adverse adj2 (event? or outcome? or impact)).tw.
32	(adversely adj2 (affect? or influence?)).tw.
33	complication?.tw.
34	sequela?.tw.
35	risk?.tw.
36	treatment emergent.tw.
37	*treatment outcome/
38	premature discontinu*.tw.
39	(therapeutic adj (collaboration? or bond?)).tw.
40	expectation?.tw.
41	RETENTION/

vertraulich

#	Searches
42	retention?.tw.
43	(dropout? or drop-out?).tw.
44	dropouts/
45	(process or processes).tw.
46	evaluation?.tw.
47	aftercare/
48	hospital discharge/
49	psychiatric hospital discharge/
50	"continuum of care"/
51	("after-care" or "after-treatment" or "follow-up care").tw.
52	post-treatment follow-up?.tw.
53	success.tw.
54	(pre-post adj2 effect?).tw.
55	goal attainment?.tw.
56	(treatment? adj2 (error? or inappropriate or failure?)).tw.
57	malpractice?.tw.
58	malpractice/
59	negligence.tw.
60	or/16-59
61	meta analy*.tw.
62	metaanaly*.tw.
63	Meta-Analysis/
64	((systematic* or comprehensive* or integrative or electronic*) adj3 (review? or overview? or bibliographic* or literature or search*)).tw.
65	"Literature Review"/
66	61 or 62 or 63 or 64 or 65
67	medline.ab.
68	pubmed.ab.
69	cochrane.ab.
70	embase.ab.

vertraulich

#	Searches
71	(cinahl or cinhal).ab.
72	science citation index.ab.
73	scopus.ab.
74	science?direct.ab.
75	google scholar.ab.
76	67 or 68 or 69 or 70 or 71 or 72 or 73 or 74 or 75
77	((study or studies) adj (selection or selected)).ab.
78	reference list*.ab.
79	bibliograph*.ab.
80	(hand-search* or handsearch*).ab.
81	relevant journals.ab.
82	manual search*.ab.
83	77 or 78 or 79 or 80 or 81 or 82
84	selection criteria.ab.
85	data extraction.ab.
86	84 or 85
87	Review/
88	86 and 87
89	Letter/
90	66 or 76 or 83 or 88
91	90 not 89
92	15 and 60 and 91
93	limit 92 to (english or german)
94	limit 93 to yr="2018 -Current"
95	remove duplicates from 94

vertraulich

Suchstrategie für Embase via Elsevier

Tabelle 10: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Wirkfaktoren); Datum der Recherche: 22.10.2019

No.	Query
#1	'behavior therapy'/de
#2	(behavio$r* NEAR/2 therap*):ti,ab
#3	'behavio$r* treatment$':ti,ab
#4	'cognitive therapy'/de
#5	(cognitive NEAR/2 (therap* OR psychotherap*)):ti,ab
#6	'psychotherapy'/mj
#7	psychotherap*:ti OR "psychiatric treatment$":ti OR "psychological intervention$":ti
#8	'psychoanalysis'/de
#9	'psychoanalytic* therap*':ti,ab
#10	'analytic* therap*':ti,ab
#11	'psychodynamic psychotherapy'/de
#12	(psychodynamic* NEAR/1 (therap* OR analysis)):ti,ab
#13	'psychodynamic* psychotherap*':ti,ab
#14	psychoanalysis:ti,ab
#15	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14
#16	alliance*:ti,ab
#17	factor$:ti,ab
#18	(mechanism$ NEAR/2 change):ti,ab
#19	(mechanism$ NEAR/2 action):ti,ab
#20	(mechanism$ NEAR/3 treatment):ti,ab
#21	relationship$:ti,ab
#22	'doctor patient relation'/de
#23	'professional-patient relationship'/de
#24	predict*:ti,ab
#25	'prediction'/de
#26	mediator$:ti,ab OR mediation$:ti,ab
#27	moderator$:ti,ab OR moderation$:ti,ab

vertraulich

No.	Query
#28	characteristic$:ti,ab
#29	variable$:ti,ab
#30	correlat*:ti,ab
#31	((side OR negative OR unwanted OR adverse OR undesirable) NEAR/2 effect?):ti,ab
#32	(adverse NEAR/2 (event$ OR outcome$ OR impact)):ti,ab
#33	(adversely NEAR/2 (affect OR influence)):ti,ab
#34	'side effect':lnk
#35	complication$:ti,ab
#36	complication:lnk
#37	sequela$:ti,ab
#38	risk$:ti,ab
#39	'risk'/de
#40	'treatment emergent':ti,ab
#41	'treatment outcome'/mj
#42	'premature discontinu*':ti,ab
#43	(therapeutic NEAR/1 (collaboration$ OR bond$)):ti,ab
#44	expectation$:ti,ab
#45	retention:ti,ab
#46	dropout:ti,ab OR 'drop out':ti,ab
#47	'dropouts'/de
#48	process:ti,ab OR processes:ti,ab
#49	evaluation$:ti,ab
#50	'aftercare'/de
#51	'hospital discharge'/de
#52	'patient care'/de
#53	'after-care':ti,ab OR 'after-treatment':ti,ab OR 'follow-up care':ti,ab
#54	'post-treatment follow-up$':ti,ab
#55	success:ti,ab
#56	'pre-post-effect$':ti,ab
#57	'goal attainment$':ti,ab

vertraulich

No.	Query
#58	(treatment NEAR/2 (error OR inappropriate OR failure)):ti,ab
#59	'treatment failure'/de
#60	malpractice:ti,ab
#61	'malpractice'/de
#62	negligence:ti,ab
#63	'negligence'/de
#64	#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 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 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58 OR #59 OR #60 OR #61 OR #62 OR #63
#65	'meta analysis (topic)'/de
#66	'meta analy*':ab,ti
#67	metaanaly*:ab,ti
#68	'meta analysis'/exp
#69	((systematic* OR comprehensive* OR integrative OR electronic*) NEAR/3 ('review*' OR overview* OR bibliographic* OR literature OR search*)):ab,ti
#70	'literature'/exp
#71	#65 OR #66 OR #67 OR #68 OR #69 OR #70
#72	medline:ab
#73	pubmed:ab
#74	cochrane:ab
#75	embase:ab
#76	psychinfo:ab OR psycinfo:ab
#77	cinahl:ab OR cinhal:ab
#78	'science citation index':ab
#79	scopus:ab
#80	sciencedirect:ab OR 'science direct':ab
#81	'google scholar':ab
#82	#72 OR #73 OR #74 OR #75 OR #76 OR #77 OR #78 OR #79 OR #80 OR #81
#83	((study OR studies) NEXT/1 (selection OR selected)):ab
#84	'reference list*':ab

vertraulich

No.	Query
#85	bibliograph*:ab
#86	'hand-search*':ab OR 'handsearch*':ab
#87	'relevant journals':ab
#88	'manual search*':ab
#89	#83 OR #84 OR #85 OR #86 OR #87 OR #88
#90	'selection criteria':ab
#91	'data extraction':ab
#92	#90 OR #91
#93	'review'/de
#94	#92 AND #93
#95	'letter'/de
#96	'editorial'/de
#97	'animal'/de
#98	'human'/de
#99	#97 NOT (#97 AND #98)
#100	#95 OR #96 OR #99
#101	#71 OR #82 OR #89 OR #94
#102	#101 NOT #100
#103	#15 AND #64 AND #102
#104	#103 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
#105	#104 AND [2018-2019]/py
#106	#105 AND [6-9-2018]/sd NOT [22-10-2019]/sd

vertraulich

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 von einander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (Tabelle 7) zutreffen. Durch eine Dokumentation des VT-Screenings wurden u. a. auch die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen dokumentiert. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt.

Eine Gesamtübersicht über die Update-Recherche in bibliographischen Datenbanken bietet das nachfolgende Flowchart (Abbildung 2).

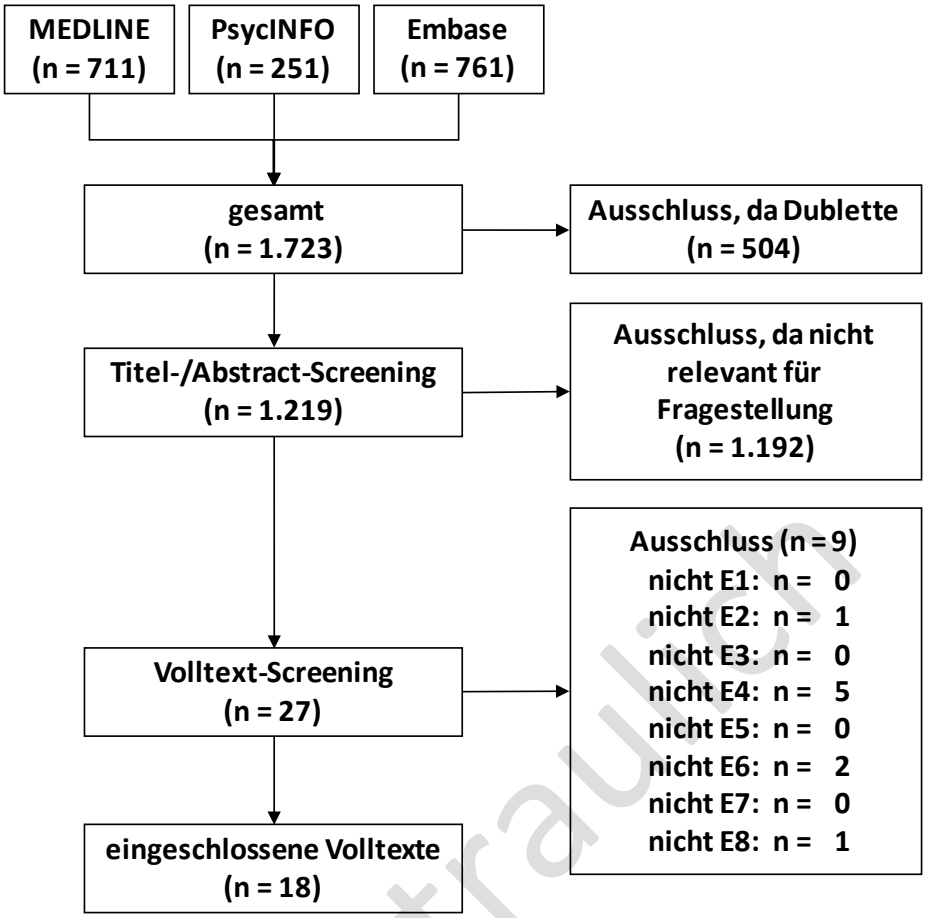


Abbildung 2: Flussdiagramm zur Literaturaktualisierung für systematische Reviews zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschten Wirkungen

vertraulich

3.1 Eingeschlossene systematische Reviews zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen

Nach dem Volltext-Screening wurden 18 Artikel eingeschlossen (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Liste der eingeschlossenen Artikel zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen

	Titel	Referenz
1	Early response to psychological therapy as a predictor of depression and anxiety treatment outcomes: A systematic review and meta-analysis	Beard und Delgadillo (2019)
2	Adapting psychotherapy to patient reactance level: A meta-analytic review	Beutler et al. (2018a)
3	Fitting psychotherapy to patient coping style: A meta-analysis	Beutler et al. (2018b)
4	A Meta-Analysis of the Association Between Patients' Early Perception of Treatment Credibility and Their Posttreatment Outcomes	Constantino et al. (2018a)
5	A Meta-Analysis of the Association Between Patients' Early Treatment Outcome Expectation and Their Posttreatment Outcomes	Constantino et al. (2018b)
6	Who benefits from psychotherapies for adult depression? A meta-analytic update of the evidence	Cuijpers et al. (2018b)
7	The misleading Dodo Bird verdict. How much of the outcome variance is explained by common and specific factors?	de Felice et al. (2019)
8	Identifying Trajectories and Predictors of Response to Psychotherapy for Post-Traumatic Stress Disorder in Adults: A Systematic Review of Literature	Dewar et al. (2020)
9	Therapist Empathy and Client Outcome: An Updated Meta-Analysis	Elliott et al. (2018)
10	Positive Regard and Psychotherapy Outcome: A Meta-Analytic Review	Farber et al. (2018)
11	The Real Relationship and Its Role in Psychotherapy Outcome: A Meta-Analysis	Gelso et al. (2018)
12	The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: a systematic review	Heinonen und Nissen-Lie (2020)
13	Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis	Krebs et al. (2018)
14	Collecting and Delivering Progress Feedback: A Meta-Analysis of Routine Outcome Monitoring	Lambert et al. (2018)

vertraulich

	Titel	Referenz
15	The First Sessions of Psychotherapy: A Qualitative Meta-Analysis of Alliance Formation Processes	Lavik et al. (2018)
16	Adult attachment as a predictor and moderator of psychotherapy outcome: A meta-analysis	Levy et al. (2018)
17	Therapeutic alliance in psychological therapy for people with schizophrenia and related psychoses: A systematic review	Shattock et al. (2018)
18	Predictors of depression relapse and recurrence after cognitive behavioural therapy: a systematic review and meta-analysis	Wojnarowski et al. (2019)

Datenextraktion

Die Datenextraktion der eingeschlossenen Studien des Rechercheblocks Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen wurde von einer Person durchgeführt. Die Datenextraktion schloss relevante Informationen wie u. a. Autorin/Autor, Publikationsjahr, Titel, Studiendesign, Studienpopulation, untersuchtes Psychotherapieverfahren und Fragestellung ein. Die Charakteristika der eingeschlossenen Studien sind in Anhang A.2.2 dokumentiert.

vertraulich

3.2 Ausgeschlossene systematische Reviews zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen

Eine Liste der im Volltext überprüften, aber ausgeschlossenen Artikel mit Ausschlussgründen (siehe Tabelle 7) findet sich nachfolgend:

Nicht E1, E3, E5, E7

keine

Nicht E2

1. Djillali, S; de Roten, Y; Despland, JN; Benkhelifa, M (2019): L'attachement du client au thérapeute en psychothérapie: une revue systématique des études empiriques. *Annales Médico-Psychologiques*, Epub 12.09.2019. AMEPSY-2790. DOI: 10.1016/j.amp.2019.08.004.

Nicht E4

1. [Anonym] (2019): Research digest: psychotherapy dropout. *Journal of Child Psychotherapy* 45(1): 87-95. DOI: 10.1080/0075417X.2019.1619798.
2. De Geest, RM; Meganck, R (2019): How Do Time Limits Affect Our Psychotherapies? A Literature Review. *Psychologica Belgica* 59(1): 206-226. DOI: 10.5334/pb.475.
3. Kane, FA; Bornstein, RF (2019): Does interpersonal dependency affect therapeutic outcome? A meta-analytic review. *Personality and Mental Health* 13(4): 215-229. DOI: 10.1002/pmh.1463.
4. Reich, CM; Berman, JS (2020): Are psychotherapies with more dropouts less effective? *Psychotherapy Research* 30(1): 23-40. DOI: 10.1080/10503307.2018.1534018.
5. Strauss, B; Schwartze, D; Freyberger, HJ (2018): Traumatische Nebenwirkungen in der Psychotherapie. *Trauma & Gewalt* 12(4): 284-294. DOI: 10.21706/TG-12-4-284.

Nicht E6

1. Kolden, GG; Wang, C-C; Austin, SB; Chang, Y; Klein, MH (2018): Congruence/Genuineness: A Meta-Analysis. *Psychotherapy* 55(4): 424-433. DOI: 10.1037/pst0000162.
2. Peluso, PR; Freund, RR (2018): Therapist and Client Emotional Expression and Psychotherapy Outcomes: A Meta-Analysis. *Psychotherapy* 55(4): 461-472. DOI: 10.1037/pst0000165.

Nicht E8

1. Eubanks, CF; Muran, JC; Safran, JD (2018): Alliance Rupture Repair: A Meta-Analysis. *Psychotherapy* 55(4): 508-519. DOI: 10.1037/pst0000185.

vertraulich

4 Informationsbeschaffung – Ergebnisqualität

In einer orientierenden Recherche wurden zehn Key Paper (siehe Tabelle 12) identifiziert, die als Ausgangspublikationen für eine Snowball-Recherche dienten (Tabelle 13 und Tabelle 15). Bei dieser Methode der Informationsbeschaffung erfolgt eine prospektive Recherche nach Artikeln, die den Ausgangsartikel zitieren (Forward Citation Searching über Google Scholar), aber auch eine retrospektive Sichtung der im Artikel selbst zitierten Publikationen (Backward Citation Searching = Sichten der Referenzlisten der Key Paper).

Des Weiteren wurden über die Funktion „Similar articles“ in PubMed dem Ausgangsartikel ähnliche Publikationen gesichtet (Tabelle 17). Gemäß der Methodik von Waffenschmidt et al. (2013) wurden ausschließlich die ersten 20 Treffer in das Screening einbezogen.

Tabelle 12: Key Paper – Ausgangspublikationen für die Snowball-Recherche

Referenz	Titel
Boswell et al. (2015b)	Treatment Outcome Package: Measuring and Facilitating Multidimensional Change
Cuijpers (2019)	Targets and outcomes of psychotherapies for mental disorders: an overview
Cuijpers et al. (2019)	The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes
Lambert (2017)	Maximizing Psychotherapy Outcome beyond Evidence-Based Medicine
Leichsenring et al. (2019)	Toward a paradigm shift in treatment and research of mental disorders.
Rubel et al. (2017b)	Qualitätssicherung in der Psychotherapie
Rubel et al. (2020)	Predicting personalized process-outcome associations in psychotherapy using machine learning approaches – A demonstration.
Sandell (2015)	Rating the outcomes of psychotherapy or psychoanalysis using the Change After Psychotherapy (CHAP) scales. Manual and commentary
Steinert et al. (2017)	Psychodynamic Therapy: As Efficacious as Other Empirically Supported Treatments? A Meta-Analysis Testing Equivalence of Outcomes.
Tarescavage und Ben-Porath (2014)	Psychotherapeutic Outcomes Measures: A Critical Review for Practitioners

Nachfolgend dokumentieren Tabelle 13, Tabelle 15 und Tabelle 17 den Screening-Prozess. In Tabelle 14, Tabelle 16 und Tabelle 18 sind die eingeschlossenen Publikationen aus den jeweiligen Recherchen aufgeführt.

vertraulich

Tabelle 13: Dokumentation des Backward Citation Searchings

Artikel	Anzahl Referenzen	Einschluss nach		Kommentar
		Ti-Screening	VT-Screening	
Boswell et al. (2015b)	63	23	9	-
Cuijpers (2019)	110	24	12	-
Cuijpers et al. (2019)	97	17	7	-
Lambert (2017)	39	14	6	-
Leichsenring et al. (2019)	100	15	5	-
Rubel et al. (2017b)	45	23	12	-
Rubel et al. (2020)	38	9	5	-
Sandell (2015)	21	1	-	-
Steinert et al. (2017)	72	20	4	-
Tarescavage und Ben-Porath (2014)	104	15	5	-

Durch das Sichten der Referenzlisten der zehn Key Paper konnten nach Abzug von mehrfach eingeschlossenen Publikationen 56 weitere Artikel identifiziert werden (Tabelle 14).

Tabelle 14: Liste der eingeschlossenen Publikationen des Backward Citation Searchings

	Titel	Referenz
1	Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders (Review)	Abbas et al. (2014)
2	Outpatient Psychotherapy Improves Symptoms and Reduces Health Care Costs in Regularly and Prematurely Terminated Therapies	Altmann et al. (2018)
3	Therapist effects: Findings and methods	Baldwin und Imel (2013)
4	Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE) – The CORE Measures and System: Measuring, Monitoring and Managing Quality Evaluation in the Psychological Therapies	Barkham et al. (2010)
5	Negative Effects From Psychological Treatments: *A Perspective*	Barlow (2010)
6	Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: Benefits, challenges, and solutions	Boswell et al. (2015a)
7	The Dodo Bird Verdict - Controversial, Inevitable and Important: A Commentary on 30 Years of systematischer Reviews	Budd und Hughes (2009)

vertraulich

	Titel	Referenz
8	Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data	Clark et al. (2018)
9	Psychotherapy Process-Outcome Research	Crits-Christoph et al. (2013)
10	Self-reported versus clinician-rated symptoms of depression as outcome measures in psychotherapy research on depression: A meta-analysis	Cuijpers et al. (2010)
11	The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes	Cuijpers et al. (2019)
12	Negative effects of psychotherapies for adult depression: A meta-analysis of deterioration rates	Cuijpers et al. (2018a)
13	CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation	Evans et al. (2000)
14	Psychotherapy Quality Control: The Statistical Generation of Expected Recovery Curves for Integration into an Early Warning System	Finch et al. (2001)
15	The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis	Flückiger et al. (2018)
16	Enhancing outcome for potential treatment failures: Therapist-client feedback and clinical support tools	Harmon et al. (2007)
17	Do we Know When our Clients Get Worse? An Investigation of Therapists' Ability to Detect Negative Client Change	Hatfield et al. (2010)
18	Why Some Clinicians Use Outcome Measures and Others Do Not	Hatfield und Ogles (2007)
19	Revisiting and Reenvisioning the Outcome Problem in Psychotherapy: An Argument to Include Individualized and Qualitative Measurement	Hill et al. (2013)
20	A Phase Model of Psychotherapy Outcome: Causal Mediation of Change	Howard et al. (1993)
21	Evaluation of Psychotherapy. Efficacy, Effectiveness, and Patient Progress	Howard et al. (1996)
22	Predicting Optimal Outcomes in Cognitive Therapy or Interpersonal Psychotherapy for Depressed Individuals Using the Personalized Advantage Index Approach	Huibers et al. (2015)
23	Common (Nonspecific) Factors in Psychotherapy	Huibers und Cuijpers (2015)
24	Methods for Defining and Determining the Clinical Significance of Treatment Effects: Description, Application, and Alternatives	Jacobson et al. (1999)

vertraulich

	Titel	Referenz
25	Effect of psychotherapy for depression on quality of life: meta-analysis	Kolovos et al. (2016)
26	Treatment Outcome Package (TOP) – Development and use in Naturalistic Settings	Kraus und Castonguay (2010)
27	Psychotherapy Outcome Research: Implications for Integrative and Eclectical Therapists	Lambert (1992)
28	Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice	Lambert (2010)
29	The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy	Lambert (2013)
30	Fragebogen zum Ergebnis von Psychotherapie: Zur Reliabilität und Validität der deutschen Übersetzung des Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2)	Lambert et al. (2002)
31	Providing Feedback to Psychotherapists on Their Patients' Progress: Clinical Results and Practice Suggestions	Lambert et al. (2005)
32	Measuring Outcome in Professional Practice: Considerations in Selecting and Using Brief Outcome Instruments	Lambert und Hawkins (2004)
33	Collecting Client Feedback	Lambert und Shimokawa (2011)
34	The Effects of Providing Therapists With Feedback on Patient Progress During Psychotherapy: Are Outcomes Enhanced?	Lambert et al. (2001)
35	Cognitive Behavioural Therapy for schizophrenia - outcomes for functioning, distress and quality of life: a meta-analysis	Laws et al. (2018)
36	The effects of cognitive-behavioral therapy for eating disorders on quality of life: A meta-analysis	Linardon und Brennan (2017)
37	Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects	Linden und Schermuly-Haupt (2014)
38	Response rates for CBT for anxiety disorders: Need for standardized criteria	Loerinc et al. (2015)
39	The Outcome Rating Scale: A Preliminary Study of the Reliability, Validity, and Feasibility of a Brief Visual Analog Measure	Miller et al. (2003)
40	Negative Outcome in Psychotherapy: A Critical Review	Mohr (1995)
41	Interventions to improve return to work in depressed people (Review)	Nieuwenhuijsen et al. (2014)
42	Psychotherapy Relationships that Work	Norcross (2011)
43	Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Grundlagen, Realisierungsansätze, künftige Aufgaben	Nübling und Schmidt (1998)

vertraulich

	Titel	Referenz
44	Measuring Change in Psychotherapy Research	Ogles (2013)
45	Fifty Years of Psychotherapy Process–outcome Research: Continuity and Change	Orlinsky et al. (2004)
46	How to select outcome measurement instruments for outcomes included in a "Core Outcome Set" — a practical guideline	Prinsen et al. (2016)
47	Patients' in-session experiences and symptom change: Session-to-session effects on a within- and between-patient level	Rubel et al. (2017a)
48	Das Modellprojekt der Techniker-Krankenkasse: Eine Kommentierung der Ergebnisse aus der Sicht des wissenschaftlichen Projektbeirates	Scheidt et al. (2012)
49	Dimensions of Outcome Measurement	Schulte (1997)
50	The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy	Shedler (2010)
51	Providing patient progress information and clinical support tools to therapists: Effects on patients at risk of treatment failure	Simon et al. (2012)
52	Improving Psychotherapy Outcome: The Use of Immediate Electronic Feedback and Revised Clinical Support Tools	Slade et al. (2008)
53	Psychodynamic Therapy: As Efficacious as Other Empirically Supported Treatments? A Meta-Analysis Testing Equivalence of Outcomes	Steinert et al. (2017)
54	Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht	Wampold und Imel (2018)
55	Major developments in methods addressing for whom psychotherapy may work and why	Zilcha-Mano (2019)
56	Therapist Effects on and Predictors of Non-Consensual Dropout in Psychotherapy	Zimmermann et al. (2017)

vertraulich

Tabelle 15: Dokumentation des Forward Citation Searchings (Datum der Suche: 12.12.2019)

Artikel	Treffer	Einschluss nach		Kommentar
		Ti-Screening	VT-Screening	
Boswell et al. (2015b)	14	7	4	-
Cuijpers (2019)	12	10	3	-
Cuijpers et al. (2019)	27	7	5	-
Lambert (2017)	47	13	3	-
Leichsenring et al. (2019)	1	0	-	-
Rubel et al. (2017b)	6	1	1	-

Artikel	Treffer	Einschluss nach Ti-Screening	Einschluss nach VT-Screening	Kommentar
Rubel et al. (2020)	2	1	-	-
Sandell (2015)	10	1	-	-
Steinert et al. (2017)	79	18	4	-
Tarescavage und Ben-Porath (2014)	39	12	6	-

Durch eine Recherche nach Artikeln, die die zehn Ausgangsartikel zitieren (Forward Citation Searching über Google Scholar), konnten 26 weitere Publikationen identifiziert werden (Tabelle 16).

Tabelle 16: Liste der eingeschlossenen Publikationen des Forward Citation Searchings

	Titel	Referenz
1	Toward a personalized approach to psychotherapy outcome and the study of therapeutic change	Barber und Solomonov (2019)
2	The Assessment and Impact of Careless Responding in Routine Outcome Monitoring within Mental Health Care	Conijn et al. (2019)
3	The Brief Symptom Inventory and the Outcome Questionnaire-45 in the Assessment of the Outcome Quality of Mental Health Interventions	Crameri et al. (2016)
4	Targets and outcomes of psychotherapies for mental disorders: an overview	Cuijpers (2019)
5	The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes	Cuijpers et al. (2019)
6	What is the appropriate time to measure outcome and process factors in psychodynamic psychotherapy?	Da Costa et al. (2019)
7	Opening the black box of psychotherapy outcome : A mixed methods study on patients' perspectives	De Smet (2019)
8	Placebo Effects in Psychotherapy: A Framework	Enck und Zipfel (2019)
9	A Critical Review of Psychotherapy Research	Eppel (2018)
10	The Clinical Inadequacy of the Placebo Model and the Development of an Alternative Conceptual Framework	Fava et al. (2017)
11	Early developments in general change mechanisms predict reliable improvement in addition to early symptom trajectories in cognitive behavioral therapy	Gmeinwieser et al. (2020)

vertraulich

	Titel	Referenz
12	Change in Personality Functioning During Psychotherapy for Depression Predicts Long-Term Outcome	Huber et al. (2017)
13	Outcomes help map out evidence in an uncertain terrain, but they are relative	Kendall (2019)
14	Five Types of Clinical Difference to Monitor in Practice	Langkaas et al. (2018)
15	Perspektiven einer evidenzbasierten und personalisierten Psychotherapie. Der Trierer Therapie Navigator (TTN)	Lutz et al. (2019)
16	This is what I need a clinical feedback system to do for me: A qualitative inquiry into therapists' and patients' perspectives	Moltu et al. (2018)
17	What can clinicians do to improve outcomes across psychiatric treatments: a conceptual review of non-specific components	Priebe et al. (2020)
18	Some problems with non-inferiority tests in psychotherapy research: psychodynamic therapies as an example	Rief und Hofmann (2018)
19	Keeping Psychologists in the Driver’s Seat: Four Perspectives on Quality Improvement and Clinical Data Registries	Rousmaniere et al. (2020)
20	The phase model of psychotherapy outcome: Domain-specific trajectories of change in outpatient treatment	Sembill et al. (2019)
21	Outcome and Progress Monitoring in Psychotherapy: Report of a Canadian Psychological Association Task Force.	Tasca et al. (2019)
22	Targets and outcomes of psychological interventions: implications for guidelines and policy	van Ommeren (2019)
23	Routine Outcome Monitoring: Coming of Age—With the Usual Developmental Challenges	Wampold (2015)
24	Association of Patient Treatment Preference With Dropout and Clinical Outcomes in Adult Psychosocial Mental Health Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis	Windle et al. (2020)
25	What sticks? Patients' perspectives on treatment three years after psychotherapy: A mixed-methods approach	Wucherpfennig et al. (2020)
26	Modest, yet progressive: Effective therapists tend to rate therapeutic change less positively than their patients	Ziem und Hoyer (2020)

vertraulich

Tabelle 17: Dokumentation der „Similar articles"-Suche (ersten 10 Treffer, Datum der Suche: 14.12.2019)

Artikel	Einschluss nach		Kommentar
	Ti-Screening	VT-Screening	
Boswell et al. (2015b)	11	3	-
Cuijpers (2019)	0	-	-
Cuijpers et al. (2019)	1	-	-
Lambert (2017)	12	5	-
Leichsenring et al. (2019)	1	-	-
Rubel et al. (2017b)	7	3	-
Rubel et al. (2020)	5	4	-
Sandell (2015)	-	-	Artikel nicht in MEDLINE indexiert.
Steinert et al. (2017)	4	1	-
Tarescavage und Ben-Porath (2014)	4	2	-

Nach Abzug von mehrfach eingeschlossenen Publikationen konnten über die „Similar articles"-Funktion in PubMed 16 relevante Artikel identifiziert werden (Tabelle 18).

Tabelle 18: Liste der eingeschlossenen Publikationen der „Similar articles"-Suche

	Titel	Referenz
1	Verlaufsmuster depressiver Störungen bei ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen und deren Vorhersage	Altmann et al. (2015)
2	Toward a personalized approach to psychotherapy outcome and the study of therapeutic change.	Barber und Solomonov (2019)
3	Treatment Outcome Package: Measuring and Facilitating Multidimensional Change.	Boswell et al. (2015b)
4	The Brief Symptom Inventory and the Outcome Questionnaire-45 in the Assessment of the Outcome Quality of Mental Health Interventions.	Crameri et al. (2016)
5	Cognitive-Behavioral Versus Psychodynamic Therapy for Major Depression: Secondary Outcomes of a Randomized Clinical Trial	Driessen et al. (2017)
6	The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS) Revisiting the Client's Frame of Reference	Duncan und Reese (2015)
7	The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis	Flückiger et al. (2018)

vertraulich

	Titel	Referenz
8	Collecting Client Feedback	Lambert und Shimokawa (2011)
9	Collecting and Delivering Progress Feedback: A Meta-Analysis of Routine Outcome Monitoring	Lambert et al. (2018)
10	The therapeutic alliance in different mental disorders: A comparison of patients with depression, somatoform, and eating disorders	Mander et al. (2017)
11	The long-term effect on mental health symptoms and patient activation of using patient feedback scales in mental health outpatient treatment. A randomised controlled trial	Rise et al. (2016)
12	Das Modellprojekt der Techniker-Krankenkasse: Eine Kommentierung der Ergebnisse aus der Sicht des wissenschaftlichen Projektbeirates	Scheidt et al. (2012)
13	Zusammenhang zwischen Patienten- und Therapeuteneinschätzungen der Ergebnisqualität in der Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Erkrankungen am Beispiel des SF-8	Schulz et al. (2009)
14	Routine Outcome Monitoring: Coming of Age—With the Usual Developmental Challenges	Wampold (2015)
15	Outcome Measures for Practice	Whipple und Lambert (2011)
16	Major developments in methods addressing for whom psychotherapy may work and why	Zilcha-Mano (2019)

Abzüglich aller mehrfach eingeschlossenen Artikel und der Key Paper konnten zusammengenommen 86 Publikationen identifiziert werden.

vertraulich

Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Publikationen und Leitlinien

Anhang A.2.1: Charakteristika der eingeschlossenen Studien zur Versorgungssituation

Für eine bessere Lesbarkeit und Nachvollziehbarkeit werden im Folgenden auch die Referenzen aus dem Zwischenbericht (IQTIG 2019a) aufgeführt.

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Eingeschlossene Studien aus dem Zwischenbericht					
Altmann et al. (2014)	Verlängerungen ambulanter Psychotherapien: Eine Studie zu Patienten-, Therapeuten-, Behandlungs- und Verlaufsmerkmalen	Sekundärdatenanalyse	▪ N = 810 ▪ Diagnosen: störungsheterogen ▫ 49 % der Patientinnen und Patienten depressive Störungen (F32, F33, F34.1), ▫ 19 % Angststörungen und Phobien (F40 und F41), ▫ bei 5 % somatoforme Störungen (F45) und ▫ 26 % andere Störungen	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung zur Frage, welche Patienten-, Therapeuten-, Behandlungs- und Verlaufsmerkmale Therapieverlängerungen vorhersagen können und inwieweit eine Therapieverlängerung zur Verbesserung der Symptomatik beiträgt
Behrendt et al. (2014)	Ambulante Psychotherapie der Substanzstörungen. Erweiterte Möglichkeiten nach Änderung der Psychotherapierichtlinie 2011	Primärstudie, Fragebogenerhebung	N = 229	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Substanzstörungen in ambulanter Psychotherapie

vertraulich

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Epping et al. (2017a)	Gesünder nach der Psychotherapie? Sekundärdatenanalyse der Arbeitsunfähigkeitszeiten vor und nach ambulanter Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie	Sekundärdatenanalyse	N = 9.916	allgemeine Psychotherapie (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie)	therapieverfahrenübergreifende Untersuchung hinsichtlich Arbeitsunfähigkeitszeiten von Patientinnen und Patienten
Epping et al. (2017b)	Social inequalities in the utilization of outpatient psychotherapy: analyses of registry data from German statutory health insurance	Sekundärdatenanalyse	N = 10.771	allgemeine Psychotherapie (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie)	Untersuchung mit der Frage nach sozialen Ungleichheiten in der Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie
Franke et al. (2016)	Beschwerden über Fehlverhalten in der Psychotherapie, Teil 1. Quantitative und qualitative Analyse der Dokumentation des Vereins Ethik in der Psychotherapie 2006–2015	Primärstudie, systematische Auswertung eingegangener Beschwerden	N = 381	allgemeine Psychotherapie	systematische Auswertung von beim Ethikverein im Zeitraum zwischen 2006 und 2015 eingegangener Beschwerdefälle
Gaebel et al. (2016)	Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung. Eine Analyse von Sekundärdaten	Sekundärdatenanalyse	N = 3.197.632	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen in Deutschland

vertraulich

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Groschwitz et al. (2017)	Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage	Primärstudie, Befragung einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe	N = 2.524	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung zu Behandlungserfahrungen mit dem psychotherapeutischen/ psychiatrischen Behandlungssystem in Deutschland
Heddaeus et al. (2015)	psychenet – Hamburger Netz psychische Gesundheit: Evaluation des Gesundheitsnetzes Depression aus Sicht der teilnehmenden Hausärzte, Psychotherapeuten und Psychiater	Primärstudie, Querschnittstudie, Fragebogen	N = 61	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung zur Akzeptanz und Bewertung des Stepped-Care-Modells im Gesundheitsnetz Depression (GND)
Jacobi et al. (2016)	Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen. Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte	Sekundärdatenanalyse	Zufallsstichprobe aus 4483 Einwohnern in 139 Kreisen sowie die jeweilige Anzahl an Vertragsärzten pro 100.000 Einwohnern	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung zu den Zusammenhängen zwischen der Angebotsdichte und der Inanspruchnahme von ambulanter fachärztlicher Versorgung bei psychischen Störungen
Körner et al. (2014)	Social Determinants of the Utilization of Psychotherapeutic Care in Germany	systematischer Review	▪ 4 eingeschlossene Studien ▪ N = 10.431	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung zur Frage, ob und ob und in welchem Ausmaß soziale Unterschiede die Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie beeinflussen

vertraulich

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Uhlmann et al. (2017)	Realisierung von Psychotherapieempfehlungen nach psychiatrischem Aufenthalt. Ergebnisse der PAKT-Studie Teil II	Primärstudie, Querschnittsstudie	N = 342	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung zu Prädiktoren für die Wahrscheinlichkeit, eine Psychotherapie-Empfehlung nach stationärem Aufenthalt anzutreten
Walendzik et al. (2014)	Zur Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie – Ergebnisse einer Erhebung unter den Mitgliedern der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV)	Primärstudie, fragebogengestützte Befragung	N = 2.497	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung mittels Mitgliederbefragung zur Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie
Wiegand et al. (2016)	Major depression treatment in Germany-descriptive analysis of health insurance fund routine data and assessment of guideline-adherence	Sekundärdatenanalyse	N = 236.843	allgemeine Psychotherapie	Analyse der Leitlinien-Adhärenz anhand von verschiedenen Indikatoren auf Basis von Routinedaten
Eingeschlossene Studien aus der Aktualisierung					
Beintner und Jacobi (2018)	Are we overdosing treatment? Secondary findings from a study following women with bulimia nervosa after inpatient treatment	Querschnittstudie	▪ N = 64 ▪ Diagnose: Bulimia Nervosa	allgemeine Psychotherapie	Gibt es Patientencharakteristika, die Prädiktoren für die Länge eines stationären Aufenthalts und/oder nachfolgende ambulante psychotherapeutische Behandlungen darstellen? Korrelieren die Dauer der stationären Behandlung und die

vertraulich

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
					Dauer einer nachfolgenden ambulanten Psychotherapie mit dem Outcome bei Entlassung und 18 Monate nach Entlassung? Gibt es Variablen, die einen Einfluss auf die klinische Entscheidung für die Behandlungsdauer haben?
Hannich et al. (2019)	Gründe für das Nichtzustandekommen von Psychotherapien	Querschnittstudie	N = 1.707	allgemeine Psychotherapie	Aufgrund welcher Selektionskriterien entscheiden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten über das Zustandekommen einer Psychotherapie?
Kammerer et al. (2019)	Hindernisse und Voraussetzungen für die Vermittlung älterer, depressiv erkrankter Menschen in Psychotherapie aus Sicht von HausärztInnen	Querschnittstudie	▪ N = 95 ▪ Diagnose: Depression	allgemeine Psychotherapie	Erfassung von Voraussetzungen und Hindernissen bei Hausärztinnen und Hausärzten für die Vermittlung von, depressiv erkrankten Menschen > 60 Jahren in psychotherapeutische Behandlung

vertraulich

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Schawohl und Odenwald (2018)	Häufigkeit und Risikofaktoren des Therapieabbruchs in einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz: Der Einfluss von riskantem Alkoholkonsum zu Therapiebeginn	Querschnittstudie	N = 178	Verhaltenstherapie	Welche soziodemografischen und klinischen Variablen stellen Risikofaktoren für Therapieabbrüche einer ambulanten Verhaltenstherapie dar? Wirkt riskanter Alkoholkonsum als Risikofaktor für einen Therapieabbruch in einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz?
Scholten et al. (2018)	Beschwerden über Psychotherapie und ihre Auswirkungen auf Patienten und Patientinnen	Querschnittstudie	N = 50	allgemeine Psychotherapie	Welche Beschwerden hinsichtlich Kunstfehlern und/oder unethischem Verhalten beklagen Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit einer Psychotherapie und welche Auswirken haben diese?

Abkürzungen: N = Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer

vertraulich

Anhang A.2.2: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Eingeschlossene Studien aus dem Zwischenbericht					
Aafjes-van Doorn und Barber (2017)	Systematic Review of In-Session Affect Experience in Cognitive Behavioral Therapy for Depression	systematischer Review	▪ N = 337 ▪ insgesamt 13 eingeschlossene Studien ▪ Diagnose: Depression	Verhaltenstherapie	Review zur „in-session affecting-experience“ von Patientinnen und Patienten mit Verhaltenstherapie bei Depressionen
Cameron et al. (2018)	The relationship between the therapeutic alliance and clinical outcomes in cognitive behaviour therapy for adults with depression: A meta-analytic review	systematischer Review	▪ N = 1.139 ▪ insgesamt 13 eingeschlossene Studien ▪ Diagnose: Depression	Verhaltenstherapie	Review zur Beziehung zwischen therapeutischer Beziehung und dem Outcome einer Verhaltenstherapie bei Patientinnen und Patienten mit einer Depression
Cuijpers et al. (2014)	Gender as Predictor and Moderator of Outcome in Cognitive Behavior Therapy and Pharmacotherapy for Adult Depression: An „Individual Patient Data“ Meta-Analysis	systematischer Review	▪ N = 1.766 ▪ insgesamt 14 RCTs eingeschlossen ▪ Diagnose: Depression	Verhaltenstherapie	Untersuchung mit der Frage nach einem Einfluss des Geschlechts auf das Outcome einer Verhaltenstherapie bei Vorliegen einer Major Depression
Cuijpers et al. (2018a)	Negative effects of psychotherapies for adult depression: A meta-analysis of deterioration rates	systematischer Review	▪ N = 1.655 ▪ Metaanalyse aus 18 Primärstudien	allgemeine Psychotherapie	Review zur Frage des Risikos einer Verschlechterung bei Patientinnen und Patienten mit Depression in psychotherapeutischer Behandlung

vertraulich

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Degnan et al. (2016)	The Role of Therapist Attachment in Alliance and Outcome: A Systematic Literature Review	systematischer Review	11 eingeschlossene Studien	allgemeine Psychotherapie	Review zum Einfluss des Bindungsstils (attachment style) der Therapeutin/des Therapeuten auf die therapeutische Beziehung und das Outcome
Finegan et al. (2018)	Associations between socioeconomic status and psychological therapy outcomes: A systematic review and meta-analysis	systematischer Review	▪ N = 165.574 ▪ 17 eingeschlossene Studien	allgemeine Psychotherapie	Review mit der Frage nach Assoziationen von Indikatoren des sozioökonomischen Status (wie z. B. Einkommen, Bildung, berufliche Stellung) und dem Outcome psychologischer Interventionen für Depression und Angststörungen
Jennissen et al. (2018)	Association Between Insight and Outcome of Psychotherapy: Systematic Review and Meta-Analysis	systematischer Review	▪ N = 1112 ▪ 22 eingeschlossene Studien	allgemeine Psychotherapie	Review zum Zusammenhang zwischen „patient's insight" und dem Outcome von Psychotherapie
Kazantzis et al. (2018)	The Processes of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of systematischer Reviews	systematischer Review	▪ 30 eingeschlossene Studien ▪ Diagnosen: Angst- und Panikstörung, Depression, Posttraumatische Belastungsstörung	Verhaltenstherapie	Ziel des Reviews war eine Analyse verschiedener Prozesse einer Verhaltenstherapie
Kishita und Laidlaw (2017)	Cognitive behaviour therapy for generalized anxiety disorder: Is CBT equally efficacious in adults of working age and older adults?	systematischer Review	▪ 15 eingeschlossene Studien ▪ Diagnose: Generalisierte Angststörung (GAD)	Verhaltenstherapie	Review zur Frage einer altersabhängigen Effektivität von Verhaltenstherapie bei GAD

vertraulich

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Lingiardi et al. (2018)	Do therapists' subjective variables impact on psychodynamic psychotherapy outcomes? A systematic literature review	systematischer Review	30 eingeschlossene Studien	allgemeine Psychotherapie	systematischer Review mit der Frage, ob es Evidenz für individuelle, therapie-unspezifische Variablen und subjektive Charakteristika von Therapeutinnen und Therapeuten gibt, die einen Einfluss auf das Therapie-Outcome haben.
Merkouris et al. (2016)	Predictors of outcomes of psychological treatments for disordered gambling: A systematic review	systematischer Review	50 eingeschlossene Studien	vorwiegend Verhaltenstherapie	Gibt es Prädiktoren für ein positives Therapie-Outcome einer psychotherapeutischen Intervention bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit Spielsucht?
O'Keeffe et al. (2017)	A systematic review examining factors predicting favourable outcome in cognitive behavioural interventions for psychosis	systematischer Review	10 eingeschlossene Studien, nur RCTs	Verhaltenstherapie	Was sind Prädiktoren für ein gutes Therapieergebnis durch CBT bei Patientinnen und Patienten mit Psychose
Porter und Chambless (2015)	A systematic review of predictors and moderators of improvement in cognitive-behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia	systematischer Review	▪ 52 eingeschlossene Studien ▪ Diagnose: Agoraphobie, Panikstörung	Verhaltenstherapie	Was sind Prädiktoren und Moderatoren für ein gutes Therapieergebnis durch CBT bei Pat. mit Panikstörung und Agoraphobie

vertraulich

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Schneider et al. (2015)	The state of personalized treatment for anxiety disorders: A systematic review of treatment moderators	systematischer Review	▪ 24 eingeschlossene Studien ▪ Diagnosen: Angststörungen , Zwangsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen	Verhaltenstherapie	Ziel war die Suche nach Moderatoren für das Therapieergebnis von CBT bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit Angststörung, Zwangsstörungen oder Posttraumatischer Belastungsstörungen
Schubert et al. (2018)	Wirkfaktoren der kognitiven Verhaltenstherapie von Zwangsstörungen: Ein kritischer Überblick über den aktuellen Forschungsstand	systematischer Review	▪ 8 eingeschlossene Studien ▪ Diagnose: Zwangsstörungen	Verhaltenstherapie	Was sind mögliche Wirkfaktoren für einen Therapieerfolg bei Zwangsstörungen?
Zarafonitis-Müller et al. (2014)	Der Zusammenhang der Therapeutenkompetenz und Adhärenz zum Therapieerfolg in der Kognitiven Verhaltenstherapie – metaanalytische Ergebnisse	systematischer Review	▪ N = 587 ▪ 13 eingeschlossene Primärstudien ▪ Diagnosen: Major Depression, Generalisierte Angststörung, Borderline Persönlichkeitsstörung, Substanzabhängigkeit, Bulimia nervosa	Verhaltenstherapie	Review zum Zusammenhang der Kompetenz der Therapeutin / des Therapeuten oder ihrer/ seiner Adhärenz gegenüber dem kognitiv-behavioralen Manual auf die Besserung der Patientin oder des Patienten

vertraulich

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Eingeschlossene Studien aus der Aktualisierung					
Beard und Delgadillo (2019)	Early response to psychological therapy as a predictor of depression and anxiety treatment outcomes: A systematic review and meta-analysis	systematischer Review	▪ N = 11.091 ▪ insgesamt 25 eingeschlossene Studien ▪ Diagnosen: Depression, Angststörungen	vorwiegend Verhaltenstherapie	Review und Metaanalyse zur Frage, ob frühes Ansprechen Erwachsener mit Depression/ Angststörung auf die psychotherapeutische Behandlung einen prognostischen Prädiktor für das Ergebnis der Psychotherapie darstellt.
Beutler et al. (2018a)	Adapting psychotherapy to patient reactance level: A meta-analytic review	systematischer Review	▪ N = 1.208 ▪ insgesamt 13 eingeschlossene Studien	Verhaltenstherapie (überwiegend CBT)	Metanalyse zur Hypothese, dass Patienten mit einem hohen Reaktanzlevel eher von einem weniger direktiven therapeutischen Ansatz profitieren, wogegen Patienten mit niedrigem Reaktanzlevel eher von einem stärker direktiven Therapie-Ansatz profitieren.
Beutler et al. (2018b)	Fitting psychotherapy to patient coping style: A meta-analysis	systematischer Review	▪ N = n. a. ▪ insgesamt 18 eingeschlossene Studien	psychodynamische Psychotherapie und Verhaltenstherapie	Wie wirken der Coping-Stil des Patienten und der Behandlungsschwerpunkt interaktiv auf das Psychotherapie-Outcome?

vertraulich

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psycho-therapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Constantino et al. (2018a)	A Meta-Analysis of the Association Between Patients' Early Perception of Treatment Credibility and Their Posttreatment Outcomes	systematischer Review	▪ N = 1.504 ▪ insgesamt 19 eingeschlossene Studien	vorwiegend Verhaltenstherapie	Untersuchung der Verbindung der patientenseitigen Wahrnehmung der Sinnhaftigkeit der psychotherapeutischen Behandlung (treatment credibility) mit dem Outcome
Constantino et al. (2018b)	A Meta-Analysis of the Association Between Patients' Early Treatment Outcome Expectation and Their Posttreatment Outcomes	systematischer Review	▪ N = 12.722 ▪ insgesamt 72 eingeschlossene Studien	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung der Assoziation zwischen der patientenseitigen Erfolgserwartung an die Psychotherapie, vor oder im Anfangsstadium der Behandlung, und dem tatsächlichen Therapie-Outcome
Cuijpers et al. (2018b)	Who benefits from psychotherapies for adult depression? A meta-analytic update of the evidence	systematischer Review	▪ insgesamt 256 eingeschlossene Studien ▪ Diagnosen: Subklinische Depression, Major Depression, Affektive Störungen	Verhaltenstherapie (vorwiegend CBT)	Untersuchung, ob bestimmte Zielgruppen, die Psychotherapie bei Depression erhalten, mehr oder weniger von diesen Therapien profitieren als andere Zielgruppen
de Felice et al. (2019)	The misleading Dodo Bird verdict. How much of the outcome variance is explained by common and specific factors?	systematischer Review	▪ insgesamt 20 eingeschlossene Studien ▪ (16 Studien zum Thema „Interpretation and Therapeutic Alliance" ▪ 4 Studien zu „Exposure and Therapeutic Alliance")	Verhaltenstherapie, Psychodynamische Therapie	Untersuchung der Frage, wie viel der Ergebnisvarianz durch allgemeine und spezifische Faktoren erklärt werden kann?

vertraulich

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Dewar et al. (2020)	Identifying Trajectories and Predictors of Response to Psychotherapy for Post-Traumatic Stress Disorder in Adults: A Systematic Review of Literature	systematischer Review	▪ insgesamt 11 eingeschlossene Studien ▪ Diagnose: Posttraumatische Belastungsstörung	überwiegend Verhaltenstherapie	Untersuchung, wie viele und welche Formen von Behandlungsverläufen es bei der Behandlung der PTBS gibt und welche Faktoren eine Zuordnung der Patienten zu den verschiedenen Krankheits- (und Behandlungs-) verläufen ermöglichen und das unterschiedliche Ansprechen dieser Subguppen auf die psychotherapeutische Behandlung erklären.
Elliott et al. (2018)	Therapist Empathy and Client Outcome: An Updated Meta-Analysis	systematischer Review	▪ N = 6.138 ▪ insgesamt 80 eingeschlossene Studien	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung, ob sich therapeutenseitige Empathie positiv auf das therapeutische Outcome auswirkt
Farber et al. (2018)	Positive Regard and Psychotherapy Outcome: A Meta-Analytic Review	systematischer Review	▪ N = n. a. ▪ insgesamt 64 eingeschlossene Studien	allgemeine Psychotherapie	Gibt es einen Zusammenhang zwischen positiver Wertschätzung durch die Psychotherapeutin/den Psychotherapeuten und dem Therapieoutcome?
Gelso et al. (2018)	The Real Relationship and Its Role in Psychotherapy Outcome: A Meta-Analysis	systematischer Review	▪ N = n. a. ▪ insgesamt 16 eingeschlossene Studien	allgemeine Psychotherapie	Gibt es eine Korrelation zwischen der „echten Beziehung“ und dem Outcome einer Psychotherapie?

vertraulich

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psycho-therapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Heinonen und Nissen-Lie (2020)	The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: a systematic review	systematischer Review	▪ N = n. a. ▪ insgesamt 31 eingeschlossene Studien	allgemeine Psychotherapie	Gibt es professionelle und persönliche Charakteristika von Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die einen Einfluss auf die Effektivität einer Psychotherapie haben?
Krebs et al. (2018)	Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis	systematischer Review	▪ N = 25.917 ▪ insgesamt 76 eingeschlossene Studien	allgemeine Psychotherapie	Korreliert die Bereitschaft zur Veränderung entsprechend des transtheoretischen Modells mit dem Outcome einer Psycho-therapie? Gibt es Moderatoren, die eine Assoziation mit dem Outcome haben?
Lambert et al. (2018)	Collecting and Delivering Progress Feedback: A Meta-Analysis of Routine Outcome Monitoring	systematischer Review	▪ N = n. a. ▪ insgesamt 24 eingeschlossene Studien	allgemeine Psychotherapie	Welche Auswirkungen hat das Messen, Verlaufsbeobachten und Rückmelden von Therapie-fortschritten an Therapeuten während des therapeutischen Prozess auf mit dem OQ-45 bzw. dem PCOMS?
Lavik et al. (2018)	The First Sessions of Psychotherapy: A Qualitative Meta-Analysis of Alliance Formation Processes	systematischer Review	▪ N = n. a. ▪ insgesamt 15 eingeschlossene Studien ▪ (9 Studien haben die Patientenperspektive untersucht, 7 Studien haben die Therapeuten Perspektive untersucht)	allgemeine Psychotherapie	Welche Faktoren haben einen Einfluss auf die Entwicklung ei-ner therapeutischen Beziehung innerhalb der ersten Psychothe-rapiesitzungen und wie wird dies von Patientinnen und Patienten bzw. Therapeutinnen und Thera-peuten erlebt?

vertraulich

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Levy et al. (2018)	Adult attachment as a predictor and moderator of psychotherapy outcome: A meta-analysis	systematischer Review	▪ N = 3.158 ▪ insgesamt 36 eingeschlossene Studien	allgemeine Psychotherapie	Gibt es eine Assoziation zwischen dem Bindungsstil einer Klientin oder eines Klienten und dem Outcome einer Psychotherapie und sind bestimmte Bindungsstile mit bestimmten Psychotherapieformen effektiver als andere?
Shattock et al. (2018)	Therapeutic alliance in psychological therapy for people with schizophrenia and related psychoses: A systematic review	Ssystematischer Review	▪ N = n. a. ▪ insgesamt 26 eingeschlossene Studien ▪ Diagnose: Schizophrenie	überwiegend Verhaltenstherapie	Korreliert die therapeutische Beziehung mit dem therapeutischen Outcome einer psychotherapeutischen Behandlung bei Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie und welche Variablen sind mit der therapeutischen Beziehung assoziiert?
Wojnarowski et al. (2019)	Predictors of depression relapse and recurrence after cognitive behavioural therapy: a systematic review and meta-analysis	systematischer Review	▪ N = 369 ▪ insgesamt 5 eingeschlossene Studien	Verhaltenstherapie (CBT)	Gibt es Prädiktoren für ein erhöhtes Risiko eines Rückfalls bzw. Wiederauftreten von Symptomen einer Depression nach einer Verhaltenstherapie?

Abkürzungen: N = Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer; CBT = kognitive Verhaltenstherapie (*Cognitive Behavioral Therapy*); RCT = randomisierte kontrollierte Studie (*randomized controlled trial*)

vertraulich

Anhang A.2.3: Charakteristika der eingeschlossenen Studien zur Ergebnisqualität

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Eingeschlossene Studien aus dem Zwischenbericht					
Amble et al. (2015)	The effect of implementing the Outcome Questionnaire-45.2 feedback system in Norway: A multisite randomized clinical trial in a naturalistic setting	Primärstudie, RCT	▪ N = 259 ▪ Diagnosen: Affektive Störungen, Angststörungen, Substanzmissbrauch etc.	vorwiegend Verhaltenstherapie	Untersuchung zur Implementierung des Patienten-Feedback-Systems OQ-Analyst an sechs psychiatrischen Kliniken in Norwegen
Brattland et al. (2018)	The Effects of Routine Outcome Monitoring (ROM) on Therapy Outcomes in the Course of an Implementation Process: A randomized Clinical Trial	Primärstudie, RCT	▪ N = 161 ▪ Diagnosen: Affektive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen etc.	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung (Randomized controlled trial) zum Vergleich von Psychotherapie unter der Anwendung verschiedener Feedbacksysteme und ohne
Carlier et al. (2017)	Evaluating the Responsiveness to Therapeutic Change with Routine Outcome Monitoring: A Comparison of the Symptom Questionnaire-48 (SQ-48) with the Brief Symptom Inventory (BSI) and the Outcome Questionnaire-45 (OQ-45)	Primärstudie, Kohortenstudie	▪ N=249 ▪ Diagnosen: Affektive Störungen, Angststörungen, somatoforme Störungen und Weitere	allgemeine Psychotherapie	Vergleich verschiedener Fragebögen für das Outcome-Monitoring

vertraulich

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
De Jong et al. (2014)	The effect of outcome monitoring feedback to clinicians and patients in short and long-term psychotherapy: a randomized controlled trial	Primärstudie, RCT	▪ N= 475 ▪ Diagnosen: Affektive Störungen, Anpassungsstörungen, Angststörunge, Persönlichkeitsstörungen	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung zum Effekt von angewendeten Feedbacksystemen bei Langzeit- oder Kurzzeittherapie auf das Outcome
Evans et al. (2017)	The effect of length, duration, and intensity of psychological therapy on CORE global distress scores	Primärstudie, retrospektive Datenauswertung prä/post	▪ N= 925 ▪ Diagnosen: affektive Störungen (F30–39); neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–48); Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20–29); Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50–59); Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60–69)	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung von Therapieergebnissen in Abhängigkeit der Therapielänge und -intensität gemessen anhand des CORE-OM-Scores
McClelland (2014)	The Dodo Bird Verdict? It Depends: The Effect of Theoretical Modality on Psychotherapy Outcome Data	Dissertation, Kohortenstudie	N = 120	allgemeine Psychotherapie	Vergleich der Effektivität verschiedener Psychotherapieverfahren gemessen mittels Outcome Questionnaire (OQ-45)

vertraulich

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Rise et al. (2016)	The long-term effect on mental health symptoms and patient activation of using patient feedback scales in mental health out-patient treatment. A randomised controlled trial	Primärstudie, RCT	N = 75	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung zu den Langzeiteffekten einer Psychotherapie unter Anwendung eines Feedbacksystems (Partners of Change Outcome Management System Feedback Skala (POCMS))

CBT = kognitive Verhaltenstherapie (*Cognitive Behavioral Therapy)*; RCT = randomisierte kontrollierte Studie (*randomized controlled trial*)

vertraulich

Anhang A.2.4: Extrahierte Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
Amann et al. (2016) AWMF-Registernummer 076-001. S3-Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen	10	Zum Screening von riskantem Alkoholkonsum, schädlichem Alkoholgebrauch oder Alkoholabhängigkeit sollen Fragebogenverfahren eingesetzt werden.	A	1a	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	13	Zur Diagnosestellung von Alkoholabhängigkeit oder schädlichem Gebrauch sollen validierte Instrumente eingesetzt werden, welche die Kriterien der aktuellen Klassifikationsschemata der International Classification of Diseases (ICD) abbilden.	KKP	nicht anwend-bar	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	135	„Behandlung Komorbidität Schizophrenie – Alkoholkonsumstörung Bei Patienten mit Alkoholkonsumstörungen und Psychose soll eine leitliniengerechte psychotherapeutische/psychosoziale Behandlung für beide Störungen angeboten werden.“	A	1a	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	136	„Behandlung Komorbidität Schizophrenie – Alkoholkonsumstörung Bei Patienten mit alkoholbezogenen Störungen und Psychose sollen motivationale Interventionen allein oder in Kombination mit KVT angeboten werden.“	A	1a	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	136	„Behandlung Komorbidität Schizophrenie – Alkoholkonsumstörung Bei Patienten mit Alkoholismus und einer Schizophrenie sollen die Psychotherapie bzw. psychosoziale Behandlung mit einer leitliniengerechten Pharmakotherapie kombiniert werden.“	KKP	nicht anwend-bar	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	155	„Psychotherapie bei alkoholbezogenen Störungen und Depression Kognitive Verhaltenstherapie sollte als Behandlungsverfahren bei Personen mit komorbiden psychischen Störungen (Depressionen) zur Besserung des Trinkverhaltens und der depressiven Symptomatik angeboten werden. Zu	B	2b	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
		anderen Psychotherapieverfahren kann aufgrund unzureichender Daten keine Empfehlung ausgesprochen werden.“			
	173	„Psychotherapie bei Bipolaren Störungen und alkoholbezogenen Störungen Die kognitive Verhaltenstherapie kann als zusätzliches Verfahren zu phasenprophylaktischer Medikation zur Besserung von affektiven Symptomen und Trinkverhalten bei komorbiden Patienten (bipolare Erkrankung und alkoholbezogenen Störungen) angeboten werden.“	B	2b	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	184	„Zur Reduktion von Symptomen der Angststörung sollen betroffene Patienten mit störungsspezifischen KVT-Ansätzen behandelt werden.“	A	1a	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	188	„Patienten mit alkoholbezogenen Störungen und komorbider PTBS sollte eine integrierte psychotherapeutische Behandlung angeboten werden, die sowohl PTBS-, als auch alkoholbezogene Interventionen beinhaltet.“	KKP	nicht anwend-bar	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	189	„Zur Reduktion von PTBS-Symptomen sollen Patienten mit alkoholbezogenen Störungen, die diese Komorbidität aufweisen, mit PTBS-spezifischen KVT-Ansätzen behandelt werden.“	A	1b	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	189	„Stabilisierende integrative KVT-Programme zur Behandlung von PTBS und alkoholbezogenen Störungen sollen angeboten werden.“	A	1b	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	189	„Expositions-basierte Interventionen sollen angeboten werden, wenn sich der Alkoholkonsum auf niedrigem Niveau stabilisiert hat oder Abstinenz erreicht wurde.“	KKP	nicht anwend-bar	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	201	„Psychologische Behandlung in Form von Psychoedukation, kognitiver Verhaltenstherapie (KBT), psychosoziale Therapien, wie supportives Coaching und Hilfen für die Tagesorganisation, werden als effektiv beschrieben und klinisch als wirksam angesehen (Kooij et al. 2010; Europäischer Konsensus,	n/a	3	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
		LoE 3; Manos 2013, LoL3a, LoE 3). Allerdings liegt keine Studie zur Wirksamkeit bei komorbiden Personen (ADHS und AUD) vor.“			
	250	„Schwangeren Frauen mit alkoholbezogenen Störungen sollen psychotherapeutische Interventionen angeboten werden.“	KKP	nicht anwend-bar	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	252	„Integrierte Behandlung von alkoholbezogenen Störungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) bei erwachsenen Frauen Frauen mit posttraumatischen Belastungsstörungen und Alkoholbezogenen Störungen sollte eine integrierte Behandlung beider Störungen in einem Therapieangebot angeboten werden.“	B	1b	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	272	„Bei jüngeren Erwachsenen empirisch begründete Behandlungen (psychotherapeutisch, psychosozial und pharmakotherapeutisch) sollen auch älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen angeboten werden.“	KKP	nicht anwend-bar	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	273	„Die somatische und psychische Komorbidität soll in der Planung und Durchführung von Interventionen und Behandlungen bei älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen berücksichtigt werden.“	KKP	nicht anwend-bar	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	290	„Bei postakuten Interventionsformen ist Abstinenz bei Alkoholabhängigkeits-syndrom (ICD10: F10.2) primäres Therapieziel. Ist die Erreichung von Abstinenz z. Z. nicht möglich oder liegt schädlicher bzw. riskanter Konsum vor, soll eine Reduktion des Konsums (Menge, Zeit, Frequenz) im Sinne einer Schadensminimierung angestrebt werden.“	A	1a	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	293	„Kognitive Verhaltenstherapie soll im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.“	A	1a	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	293	„Verhaltenstherapie soll im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.“	A	1a	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	294	„Psychodynamische Kurzzeittherapie sollte im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.“	B	1b	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	297	„Für die Ergebnisevaluation bei der Behandlung von alkoholbezogenen Störungen sollen Ergebnismaße zum Konsumverhalten, zur Teilhabe (gesellschaftlich und beruflich), zur Morbidität und Mortalität, zur Lebensqualität und zur Lebenszufriedenheit berücksichtigt werden.“	KKP	nicht anwend-bar	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	297	„Ist das Ziel der Behandlung von alkoholbezogenen Störungen die Abstinenz, sollte als primäres Ergebnismaß die katamnestische Erfolgsquote hinsichtlich der Abstinenz herangezogen werden.“	KKP	nicht anwend-bar	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	297	„Ist das Ziel der Behandlung von alkoholbezogenen Störungen die Konsumreduktion, sollten als primäre Ergebnismaße Trinktage und Trinkmenge herangezogen werden.“	KKP	nicht anwend-bar	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
Andreas et al. (2015) AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums	76	„Verhaltenstherapeutische Gruppeninterventionen Verhaltenstherapeutische Gruppeninterventionen zur Erreichung der Tabakabstinenz sind wirksam. Sie sollen in der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung angeboten werden.“	A	1a	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17.-)
	76	„Verhaltenstherapeutische Einzelinterventionen Verhaltenstherapeutische Einzelinterventionen zur Erreichung der Tabakabstinenz sind wirksam. Sie sollen in der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung angeboten werden.“	A	1a	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17.-)
	77	„Psychodynamische Therapie Wirksamkeitsbelege für eine psychodynamische Therapie zur Erreichung der Tabakabstinenz konnten nicht identifiziert werden. Daher kann keine Empfehlung für oder gegen psychodynamische Therapieverfahren gegeben werden.“	0	V	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17.-)
	77	„Bedeutung einzelner Komponenten für die Effektivität Zur Bedeutung einzelner Komponenten für die Effektivität verhaltens-therapeutischer Behandlungen liegen keine ausreichenden Daten vor. Verhaltenstherapeutische Behandlungen sollten mehrere Komponenten enthalten. Empfehlenswert sind insbesondere: ▪ Psychoedukation ▪ Motivationsstärkung ▪ Maßnahmen zur kurzfristigen Rückfallprophylaxe ▪ Interventionen zur Stärkung der Selbstwirksamkeit	KKP	-	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
		▪ alltagspraktische Beratung mit konkreten Verhaltensinstruktionen und praktischen Bewältigungsstrategien (Problemlöse- und Fertigkeitstraining, Stressmanagement).“			
	78	„Minimale und optimale Dauer der psychosozialen Behandlungen Für eine starke Dosis-Wirkungs-Beziehung psychotherapeutischer Interventionen wurden keine Hinweise identifiziert. Aufgrund fehlender Datenlage kann keine Empfehlung zur Dauer und Frequenz der Sitzungen ausgesprochen werden.“	0	1a	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17.-)
	152	„Psychotherapeutische Verfahren und Beratung sollen bei Frauen ebenso wie in Kap. 4.3 angeboten werden.“	KKP	-	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17.-)
	154	„Psychotherapeutische Verfahren und Beratung, wie in Kapitel „Psychotherapie“ empfohlen, sollen bei schwangeren Frauen angeboten werden.“	A	1a	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17.-)
	154	„Insbesondere sollen schwangeren Frauen Intensivberatung, Verhaltensmodifikation und Motivational Enhancement angeboten werden.“	A	1a	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17.-)
	156	„Bei älteren Personen sollen psychotherapeutische Verfahren und Beratung wie in Kapitel 4.3 angeboten werden.“	A	1b	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17.-)
	208	„Unter Berücksichtigung von Akuität und Besonderheiten der psychische Störung sollen Patienten mit einer Tabakabhängigkeit und einer zusätzlichen psychischen Störung – aktuell oder in der Vorgeschichte – prinzipiell dieselben psychotherapeutischen und medikamentösen Prinzipien angeboten werden wie Rauchern ohne zusätzliche psychische Störung.“	KKP	-	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	209	„Rauchenden depressiven Patienten oder Rauchern mit einer Depression in der Vorgeschichte soll eine Behandlung zur Beendigung des Tabakkonsums mit auf die depressive Symptomatik bezogenen Komponenten (z. B. Stimmungsmanagement) angeboten werden.“	A	1a	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17.-)
	211	„Verhaltenstherapeutische (Verstärker-orientierte) Ansätze sollten bei schizo-phrenen Patienten zur Tabakentwöhnung angeboten werden.“	B	1a	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17.-)
APA (2010 [2015]) Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder	15	Psychiatric management consists of a broad array of interventions and activities that psychiatrists should initiate and continue to provide to patients with major depressive disorder through all phases of treatment	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	15	In establishing and maintaining a therapeutic alliance, it is important to collaborate with the patient in decision making and attend to the patient’s preferences and concerns about treatment	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	15	Management of the therapeutic alliance should include awareness of transference and countertransference issues, even if these are not directly addressed in treatment.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	15	Severe or persistent problems of poor alliance or nonad erence to treatment may be caused by the depressive symptoms themselves or may represent psychological conflicts or psychopathology for which psychotherapy should be considered.	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	15	Patients should receive a thorough diagnostic assessment in order to establish the diagnosis of major depressive disorder, identify other psychiatric or general medical conditions that may require attention, and develop a comprehensive plan for treatment.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	15	This evaluation generally includes a history of the present illness and current symptoms; a psychiatric history, including identification of past symptoms of	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
		mania, hypomania, or mixed episodes and responses to previous treatments; a general medical history; a personal history including information about psychological development and responses to life transitions and major life events; a social, occupational, and family history (including mood disorders and suicide); review of the patient's prescribed and over-the-counter medications; a review of systems; a mental status examination; a physical examination; and appropriate diagnostic tests as indicated to rule out possible general medical causes of depressive symptoms.			
	15	Assessment of substance use should evaluate past and current use of illicit drugs and other substances that may trigger or exacerbate depressive symptoms.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	15	A careful and ongoing evaluation of suicide risk is necessary for all patients with major depressive disorder.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	15	Such an assessment includes specific inquiry about suicidal thoughts, intent, plans, means, and behaviors; identification of specific psychiatric symptoms (e.g., psychosis, severe anxiety, substance use) or general medical conditions that may increase the likelihood of acting on suicidal ideas; assessment of past and, particularly, recent suicidal behavior; delineation of current stressors and potential protective factors (e.g., positive reasons for living, strong social support); and identification of any family history of suicide or mental illness.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	15	In addition to assessing suicide risk per se, it is important to assess the patient's level of self-care, hydration, and nutrition, each of which can be compromised by severe depressive symptoms.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	15	As part of the assessment process, impulsivity and potential for risk to others should also be evaluated, including any history of violence or violent or homicidal ideas, plans, or intentions.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	15	An evaluation of the impact of the depression on the patient's ability to care for dependents is an important component of the safety evaluation.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	15	The patient's risk of harm to him- or herself and to others should also be monitored as treatment proceeds.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	16	Major depressive disorder can alter functioning in numerous spheres of life including work, school, family, social relationships, leisure activities, or maintenance of health and hygiene. The psychiatrist should evaluate the patient's activity in each of these domains and determine the presence, type, severity, and chronicity of any dysfunction.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	16	In developing a treatment plan, interventions should be aimed at maximizing the patient's level of functioning as well as helping the patient to set specific goals appropriate to his or her functional impairments and symptom severity.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	16	Many patients with major depressive disorder will be evaluated by or receive treatment from other health care professionals in addition to the psychiatrist. If more than one clinician is involved in providing the care, all treating clinicians should have sufficient ongoing contact with the patient and with each other to ensure that care is coordinated, relevant information is available to guide treatment decisions, and treatments are synchronized.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	16	In ruling out general medical causes of depressive symptoms, it is important to ensure that a general medical evaluation evaluation has been done.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	16	either by the psychiatrist or by another health care professional. Extensive or specialized testing for general medical causes of depressive symptoms may be conducted based on individual characteristics of the patient.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	16	The patient's response to treatment should be carefully monitored.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	16	Continued monitoring of co-occurring psychiatric and/or medical conditions is also essential to developing and refining a treatment plan for an individual patient	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	16	Tailoring the treatment plan to match the needs of the particular patient requires a careful and systematic assessment of the type, frequency, and magnitude of psychiatric symptoms as well as ongoing determination of the therapeutic benefits and side effects of treatment	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	16	Such assessments can be facilitated by integrating clinician- and/or patient-administered rating scale measurements into initial and ongoing evaluation.	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	16	The psychiatrist should assess and acknowledge potential barriers to treatment adherence (e.g., lack of motivation or excessive pessimism due to depression; side effects of treatment; problems in the therapeutic relationship; logistical, economic, or cultural barriers to treatment) and collaborate with the patient (and if possible, the family) to minimize the impact of these potential barriers.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	16	In addition, the psychiatrist should encourage patients to articulate any fears or concerns about treatment or its side effects.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	16	Patients should be given a realistic notion of what can be expected during the different phases of treatment, including the likely time course of symptom response and the importance of adherence for successful treatment and prophylaxis.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	16	Education about the symptoms and treatment of major depressive disorder should be provided in language that is readily understandable to the patient.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	16	Common misperceptions about antidepressants (e.g., they are addictive) should be clarified	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	16 – 17	In addition, education about major depressive disorder should address the need for a full acute course of treatment, the risk of relapse, the early recognition of recurrent symptoms, and the need to seek treatment as early as possible to reduce the risk of complications or a full-blown episode of major depression.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	17	Patients should also be told about the need to taper antidepressants, rather than discontinuing them precipitously, to minimize the risk of withdrawal symptoms or symptom recurrence.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	17	Patient education also includes general promotion of healthy behaviors such as exercise, good sleep hygiene, good nutrition, and decreased use of tobacco, alcohol, and other potentially deleterious substances.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	17	Educational tools such as books, pamphlets, and trusted web sites can augment the face-to-face education provided by the clinician.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	17	Treatment in the acute phase should be aimed at inducing remission of the major depressive episode and achieving a full return to the patient's baseline level of functioning.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	17	Acute phase treatment may include pharmacotherapy, depression-focused psychotherapy, the combination of medications and psychotherapy, or other somatic therapies such as electroconvulsive therapy (ECT), transcranial magnetic stimulation (TMS), or light therapy, as described in the sections that follow. Selection of an initial treatment modality should be influenced by clinical features (e.g., severity of symptoms, presence of co-occurring disorders or psychosocial stressors) as well as other factors (e.g., patient preference, prior treatment experiences)	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	17	Any treatment should be integrated with psychiatric management and any other treatments being provided for other diagnoses	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	17	Use of a depression-focused psychotherapy alone is recommended as an initial treatment choice for patients with mild to moderate major depressive disorder	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	17	with clinical evidence supporting the use of cognitive-behavioral therapy (CBT) [I], interpersonal psychotherapy	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	17 – 18	psychodynamic therapy	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	18	and problem-solving therapy	III	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	18	in individual	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	18	and in group formats	III	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	18	Factors that may suggest the use of psychotherapeutic interventions include the presence of significant psychosocial stressors, intrapsychic conflict, interpersonal difficulties, a co-occurring axis II disorder, treatment availability, or—most important—patient preference.	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	18	In women who are pregnant, wish to become pregnant, or are breastfeeding, a depression-focused psychotherapy alone is recommended	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	18	and depending on the severity of symptoms, should be considered as an initial option	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	18	Considerations in the choice of a specific type of psychotherapy include the goals of treatment (in addition to resolving major depressive symptoms), prior positive response to a specific type of psychotherapy, patient preference, and the availability of clinicians skilled in the specific psychotherapeutic approach.	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	18	As with patients who are receiving pharmacotherapy, patients receiving psychotherapy should be carefully and systematically monitored on a regular basis to assess their response to treatment and assess patient safety.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	18	When determining the frequency of psychotherapy sessions for an individual patient, the psychiatrist should consider multiple factors, including the specific type and goals of psychotherapy, symptom severity (including suicidal ideas), co-occurring disorders, cooperation with treatment, availability of social supports, and the frequency of visits necessary to create and maintain a therapeutic relationship, ensure treatment adherence, and monitor and address depressive symptoms and suicide risk.	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	18	Marital and family problems are common in the course of major depressive.disorder, and such problems should be identified and addressed, using marital or family therapy when indicated.	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	18	In assessing the adequacy of a therapeutic intervention, it is important to establish that treatment has been administered for a sufficient duration and at a sufficient frequency or, in the case of medication, dose.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	18	Onset of benefit from psychotherapy tends to be a bit more gradual than that from medication, but no treatment should continue unmodified if there has been no symptomatic improvement after 1 month.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	18	Generally, 4–8 weeks of treatment are needed before concluding that a patient is partially responsive or unresponsive to a specific intervention	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	18	For patients in psychotherapy, additional factors to be assessed include the frequency of sessions and whether the specific approach to psychotherapy is adequately addressing the patient’s needs.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	18	After an additional 4–8 weeks of treatment, if the patient continues to show minimal or no improvement in symptoms, the psychiatrist should conduct another thorough review of possible contributory factors and make additional changes in the treatment plan.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	18	Consultation should also be considered.	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	19	For patients treated with psychotherapy, consideration should be given to increasing the intensity of treatment or changing the type of therapy.	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	19	If psychotherapy is used alone, the possible need for medications in addition to or in lieu of psychotherapy should be assessed.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	19	Patients who have a history of poor treatment adherence or incomplete response to adequate trials of single treatment modalities may benefit from combined treatment with medication and a depression-focused psychotherapy.	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	19	During the continuation phase of treatment, the patient should be carefully monitored for signs of possible relapse.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	19	Systematic assessment of symptoms, side effects, adherence, and functional status is essential	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	19	and may be facilitated through the use of clinician- and/or patientadministered rating scales	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	19	To prevent a relapse of depression in the continuation phase, depression-focused psychotherapy is recommended [I], with the best evidence available for CBT.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	19	In order to reduce the risk of a recurrent depressive episode, patients who have had three or more prior major depressive episodes or who have chronic	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
		major depressive disorder should proceed to the maintenance phase of treatment after completing the continuation phase.			
	19	Maintenance therapy should also be considered for patients with additional risk factors for recurrence, such as the presence of residual symptoms, ongoing psychosocial stressors, early age at onset, and family history of mood disorders.	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	19	Additional considerations that may play a role in the decision to use maintenance therapy include patient preference, the type of treatment received, the presence of side effects during continuation therapy, the probability of recurrence, the frequency and severity of prior depressive episodes (including factors such as psychosis or suicide risk), the persistence of depressive symptoms after recovery, and the presence of co-occurring disorders. Such factors also contribute to decisions about the duration of the maintenance phase.	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	19	For many patients, particularly for those with chronic and recurrent major depressive disorder or co-occurring medical and/or psychiatric disorders, some form of maintenance treatment will be required indefinitely	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	19	If a depression-focused psychotherapy has been used during the acute and continuation phases of treatment, maintenance treatment should be considered, with a reduced frequency of sessions.	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	19	Due to the risk of recurrence, patients should be monitored systematically and at regular intervals during the maintenance phase.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	19	Use of standardized measurement aids in the early detection of recurrent symptoms	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	20	For patients receiving psychotherapy, it is important to raise the issue of treatment discontinuation well in advance of the final session [I], although the exact process by which this occurs will vary with the type of therapy.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
APA Work Group on Psychiatric Evaluation (2016) The American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults	15	Statement 1. APA recommends (1C) that the initial psychiatric evaluation of a patient include review of the patient's mood, level of anxiety, thought content and process, and perception and cognition. Statement 2. APA recommends (1C) that the initial psychiatric evaluation of a patient include review of the patient's trauma history. Statement 3. APA recommends (1C) that the initial psychiatric evaluation of a patient include review of the following aspects of the patient's psychiatric treatment history: ▪ Past and current psychiatric diagnoses ▪ Past psychiatric treatments (type, duration, and, where applicable, doses) ▪ Adherence to past and current pharmacological and nonpharmacological psychiatric treatments ▪ Response to past psychiatric treatments ▪ History of psychiatric hospitalization and emergency department visits for psychiatric issues1	-	1C	-
	41	APA suggests (2C) that the initial psychiatric evaluation of a patient include quantitative measures of symptoms, level of functioning, and quality of life.	-	2C	-
APA (2017) Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults	4	„For adult patients with PTSD, the panel strongly recommends that clinicians offer one of the following psychotherapies/interventions (listed alphabetically): ▪ cognitive behavioral therapy (CBT) ▪ cognitive processing therapy (CPT) ▪ cognitive therapy (CT) ▪ prolonged exposure therapy (PE)“	strong	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	4	„For adult patients with PTSD, the panel suggests that clinicians offer one of the following psychotherapies/interventions (listed alphabetically): ▪ brief eclectic psychotherapy (BEP) ▪ eye movement desensitization and reprocessing therapy (EMDR) ▪ narrative exposure therapy (NET)“	conditional	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
	4	„For adult patients with PTSD, there is insufficient evidence to recommend for or against clinicians offering the following psychotherapies/interventions (listed alphabetically): ▪ relaxation (RX) ▪ Seeking Safety (SS)“	insufficient	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
Bandelow et al. (2014)	15	Die Wirkung einer Behandlung sollte durch eine klinische Untersuchung oder entsprechende Skalen regelmäßig überprüft werden	KKP	Experten-konsens	Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)
AWMF-Registernummer 051-028. S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen	15	Die Behandlung soll nach den folgenden allgemeinen Therapieprinzipien erfolgen (Expertenkonsens; KKP): Ziele der Behandlung sind: ▪ Angstsymptome und Vermeidungsverhalten zu reduzieren ▪ Die Rückfallwahrscheinlichkeit zu reduzieren ▪ Die Einschränkung der Bewegungsfähigkeit zu bessern ▪ Die soziale Integration zu verbessern ▪ Die berufliche Leistungsfähigkeit wiederherzustellen ▪ Die Lebensqualität zu verbessern	KKP	Experten-konsens	Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	17	„Patienten mit Panikstörung/Agoraphobie soll angeboten werden: ▪ Psychotherapie ▪ Pharmakotherapie Dabei soll die Präferenz des informierten Patienten berücksichtigt werden. Im Informationsgespräch sollen insbesondere folgende Aspekte eine Rolle spielen: Wirkeintritt, Nachhaltigkeit, unerwünschte Wirkungen und Verfügbarkeit.“	A	Ia	Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)
	17	„Eine kognitive Verhaltenstherapie (KVT) soll angeboten werden“	A	Ia	Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)
	17	Bei Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und der psychosozialen Rahmenbedingungen individuell geplant werden.	KKP	k.A.	Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)
	17	„Bei Patienten mit einer Panikstörung soll die KVT beim Vorliegen von agoraphobischem Vermeidungsverhalten Expositionselemente (Konfrontation mit Angst auslösenden Situationen) beinhalten.“	KKP	Experten-konsens	Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)
	17	„Bei Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie können zur Überbrückung bis zum Therapiebeginn oder als therapiebegleitende Maßnahme nichttherapeutengestützte, auf der KVT basierende Interventionen mithilfe von Büchern, Audiomaterial, Computern oder Internet im Sinne einer Anleitung zur Selbsthilfe angeboten werden.“	KKP	Experten-konsens	Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)
	17	„Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie sollte Expositionstherapie in Begleitung eines Therapeuten angeboten werden, d. h. der Therapeut sollte die Exposition nicht nur in der Therapiesitzung theoretisch durchsprechen, sondern bei den Expositionsübungen anwesend.“	KKP	Experten-konsens	Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	17	„Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie sollte eine psychodynamische Psychotherapie angeboten werden, wenn sich eine KVT nicht als wirksam erwiesen hat, nicht verfügbar ist oder wenn eine diesbezügliche Präferenz des informierten Patienten besteht.“	B	IIa	Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)
	17	„Die psychodynamische Psychotherapie soll sich an empirisch fundierten Manualen orientieren.“	KKP	-	Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)
	17	„Die KVT soll sich an empirisch fundierten Behandlungsprotokollen (Manualen) orientieren.“	KKP	Experten-konsens	Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)
	17	„Evidenzbasierte Aussagen zur notwendigen Dauer der Therapie können angesichts der gegenwärtigen Studienlage nicht gemacht werden. Bei Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und der psychosozialen Rahmenbedingungen individuell geplant werden.“	KKP	-	Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)
	19	„In Fällen, in denen eine Psycho- oder Pharmakotherapie nicht ausreichend wirksam war, soll die jeweils andere Therapieform angeboten werden oder kann eine Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie angeboten werden.“	KKP	Experten-konsens	Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)
	20	„Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie kann Sport (Ausdauertraining, z.B. dreimal pro Woche 5 km laufen) als ergänzende Maßnahmen zu anderen Standardtherapien empfohlen werden.“	KKP	Experten-konsens	Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)
	20	„Es fehlen randomisierte kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen bei Panikstörung/Agoraphobie. Patienten und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntert werden.“	KKP	Experten-konsens	Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	20	„Patienten mit generalisierten Angstörung soll angeboten werden: ▪ Psychotherapie ▪ Pharmakotherapie Dabei soll die Präferenz des informierten Patienten berücksichtigt werden. Im Informationsgespräch sollen insbesondere folgende Aspekte eine Rolle spielen: Wirkeintritt, Nachhaltigkeit, unerwünschte Wirkungen und Verfügbarkeit.“	A	Ia	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	20	„Patienten mit einer generalisierten Angststörung soll eine KVT angeboten werden.“	A	Ia	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	20	„Die KVT soll sich an empirisch fundierten Behandlungsprotokollen (Manualen) orientieren.“	KKP	Experten-konsens	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	20, 21	„Evidenzbasierte Aussagen zur notwendigen Dauer der Therapie können angesichts der gegenwärtigen Studienlage nicht gemacht werden. Bei Patienten mit einer generalisierten Angststörung sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und der psychosozialen Rahmenbedingungen individuell geplant werden.“	KKP	Experten-konsens	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	21	„Patienten mit einer generalisierten Angststörung sollte eine psychodynamische Psychotherapie angeboten werden, wenn sich eine KVT nicht als wirksam erwiesen hat, nicht verfügbar ist oder wenn eine diesbezügliche Präferenz des informierten Patienten besteht.“	B	IIa	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	21	„Es gibt keine ausreichende Evidenz zu der Frage, ob eine Gruppentherapie ebenso wirksam ist wie eine Einzeltherapie.“	-	Experten-konsens	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	21	„Patienten mit einer generalisierten Angststörung kann KVT als Gruppentherapie angeboten werden.“	KKP	-	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	21	„Wenn eine KVT-Einzelbehandlung nicht zur Verfügung steht, sollte KVT als Gruppentherapie angeboten werden.“	KKP	-	Generalisierte Angststörung (F41.1)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	21	„Applied Relaxation kann für Patienten mit einer generalisierten Angststörung als zusätzliches Therapiemodul im Rahmen einer KVT angeboten werden.“	KKP	-	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	21	„Die psychodynamische Psychotherapie soll sich an empirisch fundierten Manualen orientieren.“	KKP	Experten-konsens	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	21	„Bei Patienten mit einer GAD sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und psychosozialer Rahmenbedingungen individuell geplant werden.“	KKP	Experten-konsens	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	23	„In Fällen, in denen eine Psycho- oder Pharmakotherapie nicht ausreichend wirksam war, soll die jeweils andere Therapieform angeboten werden oder kann eine Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie angeboten werden.“	KKP	Experten-konsens	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	23	„Es fehlen randomisierte kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen bei generalisierter Angststörung. Patienten und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntert werden.“	KKP	Experten-konsens	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	23	„Patienten mit sozialen Phobie soll angeboten werden: ▪ Psychotherapie ▪ Pharmakotherapie Dabei soll die Präferenz des informierten Patienten berücksichtigt werden. Im Informationsgespräch sollen insbesondere folgende Aspekte eine Rolle spielen: Wirkeintritt, Nachhaltigkeit, unerwünschte Wirkungen und Verfügbarkeit.“	A	Ia	Soziale Phobie (F40.1)
	23	„Patienten mit einer sozialen Phobie soll eine KVT angeboten werden.“	A	Ia	Soziale Phobie (F40.1)
	23	„Die KVT soll sich an empirisch fundierten Behandlungsprotokollen (Manualen) orientieren.“	KKP	Experten-konsens	Soziale Phobie (F40.1)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	24	„Patienten mit einer sozialen Phobie sollte KVT als Einzeltherapie angeboten werden.“	B	Ib	Soziale Phobie (F40.1)
	24	„Die KVT kann als Kombination von Einzel- und Gruppentherapie angeboten werden.“	KKP	Experten-konsens	Soziale Phobie (F40.1)
	24	„Wenn eine KVT-Einzelbehandlung nicht zur Verfügung steht, sollte KVT als Gruppentherapie angeboten werden.“	KKP	Experten-konsens	Soziale Phobie (F40.1)
	24	„Bei Patienten mit einer generalisierten Angststörung (sozialen Phobie?) können zur Überbrückung bis zum Therapiebeginn oder als therapiebegleitende Maßnahme therapeutengestützte, auf der KVT basierende Interventionen über das Internet angeboten werden.“	KKP	-	Soziale Phobie (F40.1)
	24	„Patienten mit einer sozialen Phobie sollte eine psychodynamische Psychotherapie angeboten werden, wenn sich eine KVT nicht als wirksam erwiesen hat, nicht verfügbar ist oder wenn eine diesbezügliche Präferenz des informierten Patienten besteht.“	B	Ib	Soziale Phobie (F40.1)
	24	„Die psychodynamische Psychotherapie soll sich an empirisch fundierten Manualen orientieren.“	KKP	-	Soziale Phobie (F40.1)
	24	„Bei Patienten mit einer sozialen Phobie sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und psychosozialer Rahmenbedingungen individuell geplant werden.“	KKP	-	Soziale Phobie (F40.1)
	26	Evidenzbasierte Aussagen zur notwendigen Dauer der Therapie können angesichts der gegenwärtigen Studienlage nicht gemacht werden. Bei Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie; generalisierten Angststörung; sozialen Phobie sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und der psychosozialen Rahmenbedingungen individuell geplant werden.	KKP	-	Soziale Phobie (F40.1)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	26	„Patienten und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntert werden.“	KKP	Experten-konsens	Soziale Phobie (F40.1)
	26	„In Fällen, in denen eine Psycho- oder Pharmakotherapie nicht ausreichend wirksam war, soll die jeweils andere Therapieform angeboten werden oder kann eine Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie angeboten werden.“	KKP	Experten-konsens	Soziale Phobie (F40.1)
	26	„Patienten mit einer spezifischen Phobie soll eine Expositionstherapie angeboten werden.“	A	Ia	Spezifische (isolierte) Phobien (F40.2)
	26	„Die Therapiedauer sollte entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und psychosozialer Rahmenbedingungen individuell geplant werden.“	KKP	Experten-konsens	Spezifische (isolierte) Phobien (F40.2)
Braunwarth et al. (2016) AWMF-Register-nummer 038-024. S3-Leitlinie: Methamphetamin-bezogene Störungen	63	„Jedem Methamphetamin-Konsumierenden soll unabhängig vom Vorliegen einer Abhängigkeitsdiagnose ein bedarfs- bzw. motivationsgerechtes psychotherapeutisches Beratungs- bzw. Therapieangebot gemacht werden.“	[Expertenkon-sens (LoE 5)] 5	⇑⇑	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein (F15.-)
	63	„Dieses sollte nach dem Stepped-Care-Ansatz von niedrigschwelligen Aufklärungs-, Psychoedukations- und (motivierenden) Beratungsangeboten über verhaltenstherapeutische Behandlungen (z. B. Kontingenzmanagement) bis hin zu multimodalen Konsumreduktions- bzw. Entwöhnungstherapieprogrammen im ambulanten oder stationären Setting reichen.“	[LoE 3] 3	⇑	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein (F15.-)
	64	„Methamphetamin-Konsumierenden, die die Diagnosekriterien für eine substanzbezogene Störung erfüllen, sollten je nach Bereitschaft und Verfügbarkeit zur Konsumreduktion oder Entwöhnung Verhaltenstherapie bzw. Methamphetamin-spezifische komplexe Programme angeboten und vermittelt werden.“	[LoE 2] 2	⇑	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein (F15.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	83	„Zur Reduktion von Symptomen der komorbiden psychischen Störungen sollen betroffenen Patienten störungsspezifische Psychotherapie-Methoden angeboten werden.“	[LoE 2] 2	⇑⇑	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein (F15.-)
	93	„Zur Reduktion von Symptomen der Depression sollen betroffene Patienten mit störungsspezifischen Psychotherapie-Ansätzen, z. B. kognitiver Verhaltenstherapie, behandelt werden.“	[LoE 2] 2	⇑⇑	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein (F15.-)
	100	„Zur Behandlung der Bipolaren Störung sollen betroffene Patienten z .B. zur Reduktion von Symptomen der Depression mit störungsspezifischen Psychotherapie-Ansätzen, z. B. kognitiver Verhaltenstherapie, behandelt werden.“	[LoE 2] 2	⇑⇑	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein (F15.-)
	106	„Patienten mit komorbider Posttraumatischer Belastungsstörung soll eine traumaspezifische stabilisierende integrative kognitive Verhaltenstherapie angeboten werden.“	[Expertenkonsens (LoE 5)] 5	⇑⇑	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein (F15.-)
	106	„Patienten mit komorbider Posttraumatischer Belastungsstörung und ausreichend konsumfreien Zeiten sollen expositionsbasierte Psychotherapie-Methoden angeboten werden.“	[Expertenkonsens (LoE 5)] 5	⇑⇑	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein (F15.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
DGBS/DGPPN (2019) AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen	30	„Über die gesetzlich vorgeschriebene Aufklärungspflicht hinaus soll mit dem Patienten im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung von Behandler, Patienten und, wenn zugestimmt, auch Angehörigen über mögliche Behandlungsstrategien und die damit verbundenen erwünschten Wirkungen und möglichen Risiken gesprochen und entschieden werden.“	KKP	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	30	„Die Informiertheit des Patienten ist Grundlage kooperativer Entscheidungsfindung und Voraussetzung gesundheitsfördernden Verhaltens. Menschen mit unzureichenden Deutschkenntnissen sollten diese Information in ihrer Muttersprache erhalten können.“	KKP	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	32	„Angemessene Informationsvermittlung hat Einfluss auf Kooperationsbereitschaft und Behandlungstreue (Adherence), aber auch auf Selbstbewusstsein und Lebensqualität. Eine gute Beziehungskultur ist dabei entscheidend.“	Statement	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	32	„Patienten und Angehörige sollten auf eine mögliche Unterstützung in Form von Ratgebern, Selbsthilfemanualen, Schulungsprogrammen (z. B. Kommunikations-Trainings, Selbstmanagement-Trainings) hingewiesen werden, konkrete Literaturhinweise erhalten und zur Teilnahme an aktuellen Veranstaltungen ermuntert werden.“	KKP	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	35	„Betroffene und Angehörige sowie andere Bezugspersonen sollten zum Besuch von Selbsthilfegruppen ermutigt werden. Dabei ist die konkrete Nennung der (nächsten) Kontaktstellen (z. B. NAKOS, DGBS, weitere Angehörigenverbände) hilfreich.	KKP	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
		Selbsthilfegruppen sollten als therapeutische Option mehr Beachtung finden. Neben der direkten Integration in das stationäre therapeutische Angebot ist auch eine kontinuierliche Kooperation mit regionalen Gruppen oder einer Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen denkbar. Auf diese Weise können Selbsthilfegruppen als Element der Nachsorge zur Stabilisierung des Behandlungserfolgs genutzt werden.“			
	46	Es wird empfohlen, sich in der Diagnostik an die Kriterien und die Klassifikation des ICD-10 zu halten. Werden diagnostische Feststellungen getroffen, die mit Hauptkriterien des ICD-10 nicht abgedeckt sind, wie bspw. eine Bipolar-II-Störung, wird die Nutzung der Kategorie F31.8 empfohlen.	KKP	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	47	Es wird empfohlen, die multiaxialen Möglichkeiten des ICD-10 zu nutzen und auch störungsrelevante somatische, psychologische und soziale Faktoren sowie die Funktionsbeeinträchtigung zu beschreiben.	KKP	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	48	Es gibt validierte Instrumente zur Selbstbeurteilung der Manie. Diese sind bislang jedoch wenig verbreitet. Ein vermehrter Einsatz ist wünschenswert.	Statement	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	48	Es gibt validierte Instrumente zur Fremdbeurteilung der Manie. Diese sind bislang jedoch wenig verbreitet. Ein vermehrter Einsatz ist wünschenswert.	Statement	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	49	Es gibt validierte Instrumente zur Selbstbeurteilung der Depression. Diese sind bislang jedoch wenig verbreitet. Ein vermehrter Einsatz ist wünschenswert.	Statement	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	49	Es gibt validierte Instrumente zur Fremdbeurteilung der Depression. Diese sind bislang jedoch wenig verbreitet. Ein vermehrter Einsatz ist wünschenswert.	Statement	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	51	Es gibt validierte Screeninginstrumente zum Screening auf das Vorliegen einer Bipolaren Störung im Lebenszeitverlauf. Diese sind bislang jedoch wenig verbreitet. Ein vermehrter Einsatz bei Risikopersonen ist wünschenswert.	Statement	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	51	HCL-32 und MDQ können zum Screening auf manische Symptome insbesondere auch in der Primärversorgung eingesetzt werden.	0	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	51	Screeninginstrumente allein eigenen sich nicht zur Diagnosestellung. Bei positivem Screening sollte zur Diagnosesicherung ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/für Nervenheilkunde hinzugezogen werden.	KKP	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	52	Bei jungen Erwachsenen mit Störungen der Emotionsregulation (z. B. bei Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung, emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung, komplexen Impulskontrollstörungen, und Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit) wird eine sorgfältige Differentialdiagnostik in Richtung einer Bipolaren Störung empfohlen.	0	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	52	Folgende Risikofaktoren bzw. Prädiktoren für die Entwicklung einer Hypomanie oder Manie sind publiziert worden: ▪ Positive Familienanamnese für Bipolare Störungen ▪ Schwere, melancholische oder psychotische Depression im Kindes- oder Jugendalter ▪ Schneller Beginn und/oder rasche Rückbildung der Depression ▪ Vorliegen saisonaler oder atypischer Krankheitsmerkmale ▪ Subsyndromale hypomanische Symptome im Rahmen depressiver Episoden und ▪ Hypomanische oder manische Symptomentwicklung im zeitlichen Zusammenhang mit einer Therapie mit Antidepressiva oder bei Exposition gegenüber Psychostimulanzien.	Statement	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	52	Beim Auftreten eines oder mehrerer der oben genannten Risikofaktoren bzw. Prädiktoren ist besonders sorgfältig zu prüfen, ob die Depression im Rahmen einer Bipolaren Störung auftritt.	KKP	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	53	Die Zyklothymia (ICD-10 F34.0) ist durch Hypomanien und zeitlich getrennt davon auftretende depressive Symptome charakterisiert, die jedoch nicht die vollständigen Kriterien für eine mittelgradige oder schwere depressive Episode	KKP	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
		nach ICD-10 erfüllen. Bei dieser klinischen Konstellation darf die Diagnose Bipolar-II-Störung (ICD-10 Sonstige bipolare affektive Störungen – F31.8) nicht gestellt werden.			
	53	Die Abgrenzung der Manie von der Schizophrenie ist schwierig, besonders wenn die Entwicklung der initialen Hypomanie bzw. leichten Manie übersehen wurde und der Betroffene nur auf dem Höhepunkt der Erkrankung untersucht wird, wenn ausgedehnte Wahnideen, unverständliche Sprache und gewalttätige Erregung die grundlegende Störung des Affekts verdecken. *Zitat aus der ICD-10	Statement	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	53	Als Grundlage der Differenzialdiagnostik der Manie gegenüber der Schizophrenie ist eine sorgfältige Anamneseerhebung (Beachtung des bisherigen Krankheitsverlaufes) und eine ebenso sorgfältige Aktualanamnese mit Beachtung der Akuität der Symptomentwicklung und der Symptomatik im Frühstadium der aktuellen Episode zu empfehlen.	0	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	53	Die Differenzialdiagnose schizoaffektive Störung kann besonders schwierig bis unmöglich sein. Das Problem besteht in der geringen Zuverlässigkeit (d. h. Validität und Reliabilität) der Diagnosestellung sowohl gegenüber der Bipolaren Störung als auch der Schizophrenie. Die Diagnose schizoaffektive Störung sollte nur als Ausschlussdiagnose nach längerer Verlaufsbeobachtung gestellt werden.	KKP	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	54	Abhängigkeit und Missbrauch von Substanzen (z. B. von Kokain, Ecstasy oder Amphetaminen) sind in der Differenzialdiagnostik der Hypomanie und Manie zu beachten, deshalb sollte bei entsprechendem Verdacht eine ausführliche Eigen- und Fremdanamnese sowie gegebenenfalls ein Drogenscreening durchgeführt werden.	KKP		▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	55	Bei Auftreten eines klinischen Verdachts sollte zum Ausschluss oder zur Verifizierung einer organisch bedingten Manie/Hypomanie neben dem Ganzkörperstatus und der neurologischen Untersuchung eine weiterführende Diagnostik erfolgen, z. B.: ▪ eine bildgebende Diagnostik (MRT oder CCT) und/oder ▪ ein EEG und/oder ▪ eine neuropsychologische Diagnostik und/oder ▪ die Bestimmung neuroendokrinologischer Parameter.	KKP	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	55	Bei einer ganzen Reihe von Substanzen, die therapeutisch verordnet werden, kann es zum Auftreten von Hypomanien oder Manien kommen. Dies betrifft z. B. Hormonsubstitutionstherapien oder -behandlungen, Dopaminagonisten, Stimulanzien, Antidepressiva.	Statement	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	55	Es wird empfohlen, eine detaillierte Medikamentenanamnese und ggf. einen Absetzversuch durchzuführen.	KKP	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	59	Bei Bipolaren Störungen kommen eine oder mehrere psychische Störungen häufig komorbid vor. Die epidemiologisch häufigsten Störungen sind: ▪ Angst- und Zwangsstörungen ▪ Substanzmissbrauch und -abhängigkeit ▪ Impulskontrollstörungen und Essstörungen sowie Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHD) ▪ Persönlichkeitsstörungen.	Statement	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	59	Komorbide somatische Erkrankungen sollen zu Beginn und im Verlauf der Erkrankung bei Bipolaren Störungen sorgfältig diagnostiziert und in Therapie und Verlaufsbeobachtung berücksichtigt werden.	B	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	60	Bei Bipolaren Störungen kommen eine oder mehrere somatische Erkrankungen häufig komorbid vor. Die epidemiologisch bedeutsamsten Störungen sind: ▪ Kardiovaskuläre Erkrankungen ▪ Metabolisches Syndrom und Diabetes mellitus ▪ Muskuloskeletale Erkrankungen ▪ Migräne.	Statement	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	61	Komorbide somatische Erkrankungen sollen zu Beginn und im Verlauf der Erkrankung bei Bipolaren Störungen sorgfältig diagnostiziert und in Therapie und Verlaufsbeobachtung berücksichtigt werden.	A	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	61	Empfohlen wird die sorgfältige Dokumentation des psychischen Befindens des Patienten im Verlauf einer bipolaren Erkrankung mit Hilfe bewährter Fremdbeurteilungsinstrumente seitens des Behandlers als auch mit Hilfe eines vom Patienten möglichst täglich auszufüllenden Stimmungtagebuchs.	KKP	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	62	Bei bipolaren Patienten kann, wenn möglich im euthymen Intervall, ein Screening auf kognitive Defizite vorgenommen werden.	0	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	63	Empfohlen wird die sorgfältige Dokumentation des psychosozialen Funktionsvermögens des Patienten im Verlauf einer bipolaren Erkrankung, z. B. mit Hilfe bewährter Fremdbeurteilungsinstrumente.	KKP	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	63	Menschen mit Bipolaren Störungen wird empfohlen, Life-charts/Stimmungstagebücher zu führen und ihre Selbstwahrnehmung zu schulen, und diese Informationen für Gespräche untereinander und mit den Behandlern nutzen.	KKP	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	69	Die Erfassung und Bestimmung der folgenden Parameter vor Beginn einer Psychopharmakotherapie ist obligat: ▪ Differentialblutbild ▪ Elektrolyte ▪ Leberenzyme ▪ Nüchternglukosespiegel ▪ Serum-Kreatinin ▪ Blutdruck und Puls ▪ Körpergewicht und Körpergröße ▪ Schwangerschaftstest bei Frauen im gebärfähigen Alter ▪ Als apparative Diagnostik ein Elektrokardiogramm (EKG).	KKP	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	69	Individuell ist die Erfassung und Bestimmung der folgenden Parameter vor Beginn einer Psychopharmakotherapie zusätzlich indiziert. Für Therapie mit: ▪ • Lithium: TSH, T3, T4, SD-Sonographie (bei geplanter Langzeittherapie), Kreatinin-Clearance ▪ • Valproat: Bilirubin, Lipase, Gerinnungshemmer (PPT und Quick oder PTT und INR) ▪ • Zugelassene Atypika: Cholesterin gesamt, LDL-Cholesterine, Triglyzeride	KKP	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	69	Das allgemeine Monitoring während einer Psychopharmakotherapie sollte abhängig von der Wirkstoffklasse und unter Berücksichtigung der pharmakokinetischen Eigenschaften auch eine regelmäßige Messung des Medikamentenspiegels (besonders bei Lithium, aber auch bei Valproat und Carbamazepin) beinhalten. Des Weiteren müssen die Verträglichkeit und Sicherheit der Pharmakotherapie erfasst werden.	KKP	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	69	Bei der Behandlung mit atypischen Antipsychotika soll im Behandlungsverlauf ein Monitoring der Stoffwechsellage wegen möglicher hyperglykämischer und hyperlipidämischer Veränderungen erfolgen.	KKP	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	70	Bei der Behandlung mit Neuroleptika soll im Behandlungsverlauf auf das mögliche Auftreten extrapyramidal-motorischer Symptome geachtet werden.	KKP	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	75	Das frühe Erkennen, die ausführliche Beratung und eine ggf. rechtzeitige adäquate Behandlung Bipolarer Störungen sind wichtig zur Verhinderung oder zumindest Minderung schwerwiegender Einschränkungen des psychosozialen Funktionsvermögens.	Statement	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	75	Erste Validierungsdaten zu Diagnoseinstrumenten bzw. Kriterienkatalogen für die Erkennung von Personen mit erhöhtem Risiko für die Entwicklung bipolarer Störungen sind publiziert worden, dennoch erfolgt die Diagnostik und Beratung potenzieller Risikopersonen noch experimentell. Weitere prospektive, langfristige klinische Verlaufsforschung ist notwendig.	Statement	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	75	Folgende Faktoren sollten bereits im klinischen Alltag erfragt bzw. eingeschätzt und im Verlauf beobachtet werden, da ihr Vorhandensein das Risiko der Entwicklung einer bipolaren Störung möglicherweise erhöht: ▪ Eine positive Familienanamnese für bipolare Störungen ▪ Angststörungen in der Kindheit ▪ • Veränderungen im Schlaf bzw. Schlafprobleme ▪ • unterschwellige hypomanische Symptomatik ▪ • spezifische Persönlichkeits-, Temperaments- und Charakterzüge (hohe Extraversion, Novelty seeking, Dysregulation des Behavioral Approach System). Der weitere Forschungsbedarf besteht vor allem, um Interaktionen zwischen den genannten und weiteren Faktoren sowie Zeitpunkte des Wirksamwerdens im Entwicklungsprozess bipolarer Störungen zu klären.	KKP	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	76	Bedeutsam erscheint in der Versorgung der jungen Menschen mit Risikofaktoren die Vermittlung der Bedeutung des Risikobegriffs, Förderung von Stigmaresistenz, die Beratung über die sich möglicherweise entwickelnde Erkrankung mit Behandlungsmöglichkeiten und die Aufklärung über symptom- und präventiv-orientierte Therapieoptionen. Die Evidenzlage zu frühen Therapieoptionen ist mit sehr wenigen kontrollierten Studien und kleinen Fallzahlen als sehr spärlich einzuschätzen. Es zeigten sich erste Hinweise auf eine mögliche Wirksamkeit familienbasierter psychotherapeutischer Therapieansätze, vor allem hinsichtlich einer Linderung aktueller Symptomatik. Es besteht dringender Bedarf an randomisierten, kontrollierten Studien zu diesen und weiteren frühen	Statement	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
		psychotherapeutischen Therapieansätzen. Auch medikamentöse Therapieoptionen sollten weiter untersucht werden. Die Nachbeobachtungszeit sollte sich bei den Studien unbedingt über mehrere Jahre erstrecken, da sich Auswirkungen auf das Konversionsrisiko in eine manifeste bipolare Erkrankung oft erst nach Jahren zeigen.			
	82	„Ziele der Behandlung sollen nach Möglichkeit gemeinsam von Patient, Behandler und, wenn vereinbart, den Angehörigen definiert werden. Entscheidungen sollen partizipativ gefunden werden. Die Zielerreichung muss im Verlauf beobachtet werden, ggf. müssen Ziele angepasst werden.“	KKP	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	91	Effiziente Psychotherapie bei Bipolaren Störungen umfasst zumindest: ▪ Psychoedukation ▪ Selbstbeobachtung von Stimmungsveränderungen, Ereignissen, Verhalten und Denken ▪ Reflexion von Erwartungen und Maßstäben ▪ Förderung von Kompetenzen zum Selbstmanagement von Stimmungsschwankungen und Frühwarnzeichen ▪ Normalisierung und Stabilisierung von Schlaf-Wach- und sozialem Lebensrhythmus ▪ Stressmanagement ▪ Aktivitätenmanagement ▪ Steigerung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung ▪ Einbezug der Angehörigen ▪ Vorbereitung auf Krisen und Notfälle (Rückfälle).	Statement	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	92	„Effiziente Psychotherapie bei Bipolaren Störungen umfasst zumindest: ▪ Psychoedukation ▪ Selbstbeobachtung von Stimmungsveränderungen, Ereignissen, Verhalten und Denken ▪ Reflexion von Erwartungen und Maßstäben ▪ Förderung von Kompetenzen zum Selbstmanagement von Stimmungs-schwankungen und Frühwarnzeichen ▪ Normalisierung und Stabilisierung von Schlaf-Wach- und sozialem Lebens-rhythmus ▪ Stressmanagement ▪ Aktivitätenmanagement ▪ Steigerung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung ▪ Einbezug der Angehörigen ▪ Vorbereitung auf Krisen und Notfälle (Rückfälle).“	Statement	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	93	„Die Dauer und Frequenz psychotherapeutischer Behandlungen Bipolarer Stö-rungen muss sich am aktuellen Zustand und den Bedürfnissen der Betroffenen sowie den Zielen der Behandlung orientieren.“	Statement	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	170	„Bei leichten Manien und Hypomanien kann eine Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Psychoedukation, Familien-fokussierte Behandlung) ange-boten werden, um positive Effekte auf die Dauer und Intensität der Symptome zu erzielen, indem gemeinsam verhaltensnahe Maßnahmen erarbeitet werden (z. B. konkrete tagesbezogene Aktivitätenpläne, klare Tagesstruktur, eindeu-tige und umrissene Zielvereinbarungen).“	0	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	228	„Zur Behandlung akuter depressiver Episoden im Rahmen einer Bipolaren Störung soll eine Psychotherapie angeboten werden. Limitierende Faktoren: Empirische Belege liegen für die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), die Familien-fokussierte Behandlung (FFT) und die Interpersonelle und Soziale Rhythmustherapie (IPSRT) vor.“	A	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	295	„Eine rezidiv-prophylaktische Behandlung einer Bipolaren Störung mit einer manualisierten, strukturierten kognitiven Verhaltenstherapie sollte bei aktueller Stabilität und weitgehend euthymer Stimmungslage empfohlen werden.“	B	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	314	„Zur rezidiv-prophylaktischen Behandlung depressiver Episoden einer Bipolaren Störung sollte eine Psychotherapie angeboten werden. Limitationen: Evidenz liegt zu einer familienfokussierten und einer kognitiven Verhaltenstherapie vor.“	B	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	333	„Bei schwangeren oder stillenden Patientinnen soll eine spezifische Psychotherapie, die wesentliche Elemente wie z. B. Psychoedukation, individuelle Rezidivanalyse und Identifikation von Frühwarnsymptomen beinhaltet, zur Behandlung depressiver oder manischer Episoden zusätzlich zur medikamentösen Behandlung angeboten werden.“	KKP	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	344	„Psychotherapie, bevorzugt KVT, sollte zur Behandlung einer komorbiden Angststörung bei Patienten mit bipolaren Störungen angeboten werden.“	B	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
DGfS (2018) AWMF-Registernummer 138-001. S3-Leitlinie: Geschlechts-inkongruenz, Geschlechtsdys-phorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung	25	Die Variabilität in Bezug auf Selbstbezeichnung, sexuelle Orientierung und gewünschte Therapiemaßnahmen ist wesentlich größer als in den 1990er Jahren.	starker Konsens Evidenz-basiertes Statement	III	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)
	25	Die Diagnostik soll psychische, körperliche, soziale und kulturelle Aspekte erfassen und in eine ganzheitliche Betrachtung der Behandlungssuchenden münden.	starker Konsens Konsens-basierte Empfehlung	-	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)
	25	Für die individuelle Behandlungsplanung sollen psychische, körperliche, soziale und kulturelle Aspekte erfasst werden und in eine ganzheitliche Betrachtung der Behandlungssuchenden münden.	starker Konsens Konsens-basierte Empfehlung	-	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)
	25	Im Rahmen der Diagnostik und individuellen Behandlungsplanung soll eine Anamneseerhebung erfolgen, die die psychosexuelle Entwicklung, Sozialanamnese, biographische Anamnese und medizinische Anamnese umfasst, sowie der psychische Befund erhoben werden.	Konsens Konsens-basierte Empfehlung	-	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)
	25	Die Anamnese sollte beinhalten: Geschlechtsinkongruenz vor der Pubertät, Pubertätsentwicklung, Geschlechtsidentität, Partnerschaften, Finden von Selbstbezeichnungen, Coming-out, Erfahrungen von Stigmatisierung und Diskriminierung, familiäre und gesellschaftliche Einflüsse, bisherige Erfahrungen im Gesundheits-system, selbst angestrebte Maßnahmen zur Reduktion der Geschlechtsdysphorie, Ressourcen.	Konsens Evidenz-basierte Empfehlung	III	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	26	Es sollte erfasst werden, ob die Geschlechtsinkongruenz und/oder die Geschlechtsdysphorie konstant zumindest seit einigen Monaten bestehen, vorübergehend oder intermittierend ist.	starker Konsens Konsens-basierte Empfehlung	-	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)
	30	Der Wunsch nach Genitalmodifizierung ist zur Einschätzung des Schweregrades einer Geschlechtsdysphorie nicht geeignet.	Konsens Evidenz-basiertes Statement	III	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)
	31	Die Möglichkeit nicht ausreichend behandelter Psychosen, verschiedengeschlechtlicher „Ego States“ oder von Zwangsgedanken zur Selbstkastration sollten differentialdiagnostisch in Erwägung gezogen werden.	starker Konsens Evidenz-basierte Empfehlung	III	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)
	31	Varianten der körperlichen Geschlechtsentwicklung sind kein Ausschlusskriterium für eine Geschlechtsinkongruenz und/oder Geschlechtsdysphorie. Bei Varianten der körperlichen Geschlechtsentwicklung soll ergänzend die S2k-Leitlinie zu diesem Thema berücksichtigt werden (AWMF-Register Nr. 174/001).	starker Konsens Konsens-basierte Empfehlung	III	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)
	31	Bei jeder in Frage kommenden Differentialdiagnose besteht die Möglichkeit, dass es sich lediglich um eine zusätzliche Diagnose handelt. Sie schließt insofern nicht automatisch eine Geschlechtsinkongruenz und/oder Geschlechtsdysphorie aus.	starker Konsens Konsens-basiertes Statement	-	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	35	In klinischen Studien mit Personen mit Geschlechtsinkongruenz/Geschlechts-dysphorie finden sich erhöhte Prävalenzraten für Depression, Suizidgedanken, Suizidhandlungen, Angststörungen, Substanzmissbrauch, Persönlichkeitsstö-rungen, dissoziative Störungen, Asperger-Autismus und Essstörungen.	Konsens Evidenzbasiert es Statement	III	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)
	35	Ein bedeutsamer Anteil der Behandlungssuchenden hat keine psychischen Stö-rungen.	starker Konsens Evidenzbasiert es Statement	III	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)
	35	Bei nicht diagnostizierten oder nicht adäquat behandelten psychotischen Störungen kann es zum Bedauern der Entscheidung für modifizierende Behandlungen der körperlichen Geschlechtsmerkmale kommen.	starker Konsens Evidenz-basierte Empfehlung	III	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)
	36	Psychotische Störungen sollen zunächst einer adäquaten Therapie zugeführt werden, bevor Geschlechtsinkongruenz und/oder Geschlechtsdysphorie diagnostiziert wird.	starker Konsens Evidenz-basierte Empfehlung	III	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)
	36	Im Rahmen der Diagnostik sollte geklärt werden, ob die vorhandene psychische Störung reaktiv zur oder unabhängig von einer Geschlechtsinkongruenz und/oder Geschlechtsdysphorie ist.	Konsens Konsens-basierte Empfehlung	-	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	36	Dissoziative Störungen mit verschieden-geschlechtlichen „Ego States“ stellen einen Sonderfall dar, bei dem vor Einleitung modifizierender Behandlungen körperlicher Geschlechtsmerkmale eine Einigung aller Identitäten hinsichtlich der geplanten Behandlungen bestehen sollte.	starker Konsens Konsens-basierte Empfehlung	-	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)
	36	„Sowohl reaktive als auch unabhängige psychische Störungen sollten bis zur Remission parallel zur Behandlung der Geschlechtsdysphorie adäquat psychotherapeutisch und/oder psychopharmakologisch behandelt werden.“	starker Konsens Konsens-basierte Empfehlung	-	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)
	44	„Psychotherapie kann zur Minderung der Geschlechtsdysphorie (z. B. durch eine Förderung der Selbstakzeptanz, der Bewältigung negativer Gefühle und eine Unterstützung bei der Identitätsentwicklung) beitragen.“	starker Konsens Evidenz-basiertes Statement	III	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)
	45	„Psychotherapie soll nicht ohne spezifische Indikation angewandt und keinesfalls als Voraussetzung für körpermodifizierende Behandlungen gesehen werden. Die Indikation ist nach den Vorgaben der Psychotherapierichtlinie zu stellen.“	Konsens Konsens-basierte Empfehlung	-	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)
	45	„Psychotherapie soll trans Personen im Bedarfsfall angeboten werden. Ziele einer Psychotherapie können sein: ▪ Förderung von Selbstakzeptanz, Selbstwertgefühl und Selbstsicherheit ▪ Bewältigung von Scham- und Schuldgefühlen sowie von internalisierter Trans-Negativität ▪ Unterstützung der Identitätsentwicklung	starker Konsens Konsens-basierte Empfehlung	-	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
		▪ Reflexion und Bearbeitung möglicher Erfahrungen und Konflikte in einer anderen Geschlechtsrolle ▪ Unterstützung des Coming-Out-Prozesses, insbesondere bei familiären oder partnerschaftlichen Problemen ▪ Unterstützung bei anderen familiären oder partnerschaftlichen Problemen ▪ Unterstützung bei Problemen im Zusammenhang mit der eigenen Elternrolle ▪ Bearbeitung der Auswirkungen der Reaktionen anderer (Trans-Negativität und Trans Feindlichkeit) ▪ Unterstützung bei einer Entscheidung über körpermodifizierende Behandlungen ▪ Unterstützung nach körpermodifizierenden Behandlungen ▪ Unterstützung bei andauernder Geschlechtsdysphorie“			
DGKJP et al. (2017) AWMF-Registernummer 028-045. S3-Leitlinie: Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter	62	„Psychosoziale (einschließlich psychotherapeutischen) Interventionen bei ADHS im Erwachsenenalter sollen der Aufklärung über ADHS sowie der Erhöhung der Akzeptanz der Störung als Voraussetzung für Verhaltensveränderungen, der Entwicklung von Bewältigungsstrategien und der Verbesserung der Alltagsfunktionen dienen. Es soll eine Reduktion der ADHS-Symptomatik und häufig koexistierender Symptome wie Depressivität, Angst oder Selbstwertproblematik angestrebt werden.“	Experten-konsens	-	Hyperkinetische Störungen (F90.-)
	62 – 63	„Psychosoziale (einschließlich psychotherapeutischen) Behandlung soll insbesondere Personen angeboten werden: ▪ die die Diagnose erst im Erwachsenenalter erhalten haben und einen Prozess des ▪ Akzeptierens und der Einsicht im Hinblick auf die spät erfolgte Diagnose durchlaufen;	A	moderat	Hyperkinetische Störungen (F90.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
		▪ die sich nach Aufklärung gegen eine Medikation entscheiden; ▪ die unter einer medikamentösen Behandlung noch Symptome und/oder funktionelle Beeinträchtigungen aufweisen; ▪ bei denen Kontraindikationen gegen eine medikamentöse Behandlung bestehen; ▪ die Schwierigkeiten mit der Akzeptanz der Diagnose und / oder der Adhärenz einer medikamentösen Behandlung haben; ▪ die wenige Symptome aufweisen und bei denen psychosoziale (einschließlich psychotherapeutischen) Interventionen als ausreichend erachtet werden, um geringe oder moderate funktionelle Einschränkungen im Alltag zu behandeln.“			
	63	„Im Falle einer Indikation für eine Psychotherapie sollte die kognitive Verhaltenstherapie angewendet werden. Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) soll die Entwicklung von Strategien und das Erlernen praktischer Techniken unterstützen, die zu einer Reduktion des Einflusses der ADHS Symptomatik auf die Alltagsfunktionen beitragen, beispielsweise sollen Fertigkeiten bei der Lösung von Problemen, Techniken zur Reduktion von Ablenkbarkeit und Fertigkeiten zum Umgang mit Stress vermittelt werden. Weiterhin sollen über die Lebensspanne erworbene dysfunktionale Kognitionen erkannt und überprüft werden.“	B	moderat	Hyperkinetische Störungen (F90.-)
	64	„Kommentar zur Empfehlung: Neben der in der Empfehlung angesprochenen klassischen Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) gibt es weitere psychosoziale Interventionen, die in der Behandlung von Erwachsenen mit ADHS zum Einsatz kommen können: Die Metakognitive Therapie (MKT) basiert auf der kognitiven Verhaltenstherapie und soll der Verbesserung des Zeitmanagements und der Organisationsfähigkeiten bei ADHS dienlich sein und auf eine Reduktion depressiogener und ängstlich-vermeidender Kognitionen abzielen.	-	-	Hyperkinetische Störungen (F90.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
		Die „Reasoning & Rehabilitation“ Therapie soll neben der Verbesserung der ADHS-Symptome auch prosoziales Verhalten einüben. Fertigkeitentrainings basieren auf der KVT und beziehen Elemente der dialektisch behavioralen Therapie ein. Sie sollen eine verbesserte Kontrolle der ADHS Symptomatik und der Emotionsregulation ermöglichen. Achtsamkeitsbasierte Interventionen (Mindfulness Based Cognitive Therapy, MBCT) sollen Aufmerksamkeitsprozesse und Stressregulation bei ADHS verbessern.“			
	64	„Psychosoziale (einschließlich psychotherapeutische) Interventionen sollten in Form einer Gruppen- oder Einzelbehandlung angeboten werden.“	B	schwach	Hyperkinetische Störungen (F90.-)
DGPM/DGKJP (2018) AWMF-Registernummer 051-026. S3-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Essstörungen	23	Zur Früherkennung sollte im primärärztlichen Setting (J1-Vorsorgeuntersuchung zwischen 12 und 14 Jahren) gezielt und altersangemessen nach Essverhalten und Gewichtsverlauf gefragt werden	KKP	-	Essstörung (F50.-)
	26	1. Bei nach Voruntersuchungen fortbestehendem Verdacht auf eine Essstörung sollte eine klassifikatorische Diagnostik systematisch anhand der aktuellen Diagnosekriterien des DSM oder ICD durchgeführt werden, idealerweise anhand Leitfäden oder validierter diagnostischer Interviews. (KKP) 2. Bei der differentialdiagnostischen Abklärung sollte frühzeitig eine Mitbeurteilung durch eine Ärztliche Psychotherapeutin, Psychologische Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin vorgenommen werden. (KKP) Verfahren zur klassifikatorischen und dimensionalen Diagnostik der psychischen Symptomatik	KKP	-	Essstörung (F50.-)
	76	Im Rahmen der Diagnostik und Psychotherapie der Essstörungen sollte eine tragfähige therapeutische Beziehung etabliert werden	KKP	-	Essstörung (F50.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	76	„Die Patientinnen sollten zu Beginn über ihre Essstörung (Ätiologie, Pathogenese), deren Prognose sowie über verschiedene Behandlungsformen einschließlich deren Wirksamkeit und Nebenwirkungen (z. B. im Hinblick auf das Gewicht) aufgeklärt werden. Vorgehaltene Behandlungsstandards der jeweiligen Einrichtung sollten im Rahmen einer Vorbesprechung dargestellt werden.“	KKP	-	Essstörung (F50.-)
	140	Komorbide Störungen sollten systematisch erfasst und in der Behandlung berücksichtigt werden	KKP	-	Essstörung (F50.-)
	140	„Bei der Behandlung sollte berücksichtigt und auch darübrer informiert werden, dass der Heilungsprozess einen Zeitraum von vielen Monaten bis mehreren Jahren umfassen kann.“	KKP	-	Essstörung (F50.-)
	140	„Die beteiligten Stellen der Versorgung (z. B. niedergelassene Therapeuten, Beratungsstellen, Kliniken, Hausärzte, Ernährungsberater) sollen eine engmaschige Absprache und Kommunikation gewährleisten.“	KKP	-	Essstörung (F50.-)
	141	„Nach einer ambulanten Psychotherapie sollte der psychologische oder ärztliche Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder betreuende (Haus-/Kinder-)Arzt in regelmäßigen Abständen über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr Folgetermine anbieten, die die Aufrechterhaltung des Therapieergebnisses und eine Rezidivprophylaxe zum Ziel haben.“	KKP	-	Essstörung (F50.-)
	141	„Vor Beginn einer ambulanten Psychotherapie sollen die Rahmenbedingungen der Behandlung mit der Patientin (und ggf. den Sorgeberechtigten) klar besprochen werden: Umgang mit dem Wiegen, Vorgehen bei Gewichtsabnahme, Kontakte mit dem Hausarzt/Kinderarzt/Gynäkologen, Umgang mit der Familie.“	KKP	-	Essstörung (F50.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	141	„Die ambulante Behandlung erster Wahl bei Patientinnen mit AN sollte eine evidenzbasierte Psychotherapie […] bei Erwachsenen FPT, CBT-E, MANTRA, SSCM) bei mit Essstörungen erfahrenen Behandlern sein. [Zu beachten: MANTRA und SSCM sind entsprechend der Richtlinienpsychotherapie in Deutschland keine für die Indikation „Essstörungen“ anerkannte Psychotherapiemethoden]“	B	Ib	Essstörung (F50.-)
	141	„Vorrangiges Ziel der ambulanten Therapie von Patientinnen mit AN soll eine Normalisierung von Essverhalten und Gewicht und eine Arbeit an den damit verbundenen psychischen und psychosozialen Problemen sein.“	KKP	-	Essstörung (F50.-)
	265	Bei Vorliegen einer BN soll den Patientinnen frühzeitig eine Behandlung angeboten werden, um eine Chronifizierung zu vermeiden.	KKP	-	Essstörung (F50.-)
	265	Es sollte berücksichtigt werden, dass einige Patientinnen mit BN einer Veränderung ihres Essverhaltens ambivalent gegenüberstehen und daher aktiv für eine Behandlung zu motivieren sind.	KKP	-	Essstörung (F50.-)
	265	Komorbide Störungen sollen systematisch diagnostiziert werden.	KKP	-	Essstörung (F50.-)
	265	„Erwachsenen soll als Behandlungsverfahren der ersten Wahl eine Psychotherapie angeboten werden.“	A	1a	Essstörung (F50.-)
	266	„Die KVT (incl. ihrer Weiterentwicklungen wie der dialektisch-behavioralen Therapie) stellt das am meisten beforschte Psychotherapieverfahren mit der höchsten Evidenz dar, daher sollte Patientinnen mit BN KVT als Psychotherapie der ersten Wahl angeboten werden.“	B	1a	Essstörung (F50.-)
	266	„Andere Psychotherapieverfahren bzw. -methoden sind verfügbar und sollten gewählt werden, wenn sich KVT im Einzelfall nicht als wirksam erweist oder nicht gewollt wird.“	B	2b	Essstörung (F50.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	266	„Als Alternative zur KVT sollte eine interpersonelle Psychotherapie (IPT) empfohlen werden.“	B	2a	Essstörung (F50.-)
	266	„[Die IPT ist allerdings in Deutschland im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie nicht zugelassen]. Alternativ kann auch tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie empfohlen werden.“	O	2b	Essstörung (F50.-)
	320	Im Rahmen der Diagnostik von Übergewicht und Adipositas sollten Essanfälle als wichtiges Symptom einer BES erfragt werden	KKP	-	Essstörung (F50.-)
	320	„Als Therapie der ersten Wahl zur Behandlung der Essstörung soll Patientinnen mit BES eine Psychotherapie angeboten werden.“	A	Ia	Essstörung (F50.-)
	320	„Die KVT verfügt über die umfassendsten Wirksamkeitsbelege bei erwachsenen Patientinnen mit BES, daher soll sie diesen Patientinnen als Therapie angeboten werden.“	A	Ia	Essstörung (F50.-)
	320	„Es besteht Evidenz, dass die IPT ebenfalls wirksam ist, daher sollte sie alternativ empfohlen werden. Die IPT ist allerdings entsprechend der Richtlinienpsychotherapie in Deutschland keine anerkannte Psychotherapiemethode.“	B	Ib	Essstörung (F50.-)
	320	„Es besteht begrenzte Evidenz, dass die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie wirksam sein kann, daher kann sie für Patientinnen mit BES erwogen werden.“	0	IIb	Essstörung (F50.-)
	342	Aufgrund möglicher somatischer Begleiterkrankungen des NES (z. B. Adipositas, Diabetes) soll immer eine medizinische Abklärung erfolgen.	KKP	-	Essstörung (F50.-)
	342	„Bei Vorliegen eines NES können SSRIs, progressive Muskelrelaxation und kognitive Verhaltenstherapie erwogen werden.“	0	2b	Essstörung (F50.-)
	345	Aufgrund möglicher somatischer Folgen des Purging-Verhaltens soll eine medizinische Abklärung erfolgen.	KKP	-	Essstörung (F50.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	348	Aufgrund der potenziellen Gefährdung durch Begleiterkrankungen und Mangelerscheinungen (z. B. Anämie) soll eine medizinische Abklärung und ggf. Behandlung erfolgen. Diffe-renzialdiagnosen und Komorbiditäten sollen systematisch abgeklärt werden.	KKP	-	Essstörung (F50.-)
	350	Bei Patientinnen und Patienten mit Ruminationsstörung soll eine somatische Abklärung erfolgen.	KKP	-	Essstörung (F50.-)
	348	„In der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Pica können verhaltenstherapeutische Techniken erwogen werden.“	0	5	Essstörung (F50.-)
DGPPN (2019) AWMF-Register-nummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie	25	Die Diagnose Schizophrenie soll anhand operationalisierter Kriterien gestellt werden. International anerkannte diagnostische Definitionen liegen operationalisiert in zwei Diagnosemanualen vor (DSM-5 und ICD- 10). In Deutschland ist in der medizinischen Versorgung die ICD-10 verbindlich. Die Leitsymptome nach ICD-10 für Schizophrenie sind: 1. Gedankenlautwerden, - eingebung, - entzug, -ausbreitung. 2. Kontroll- oder Beeinflussungswahn; Gefühl des Gemachten bzgl. Körperbewegungen, Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmungen. 3. Kommentierende oder dialogische Stimmen. 4. Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer Wahn (bizarrer Wahn). 5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität. 6. Gedankenabreißen oder –einschiebungen in den Gedankenfluss. 7. Katatone Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypien, Negativismus oder Stupor. 8. Negative Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachter oder inadäquater Affekt.	KKP	-	Schizophrenie (F20.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
		Erforderlich für die Diagnose Schizophrenie sind mindestens ein eindeutiges Symptom (zwei oder mehr, wenn weniger eindeutig) der Gruppen 1 – 4 oder mindestens zwei Symptome der Gruppen 5 – 8. Diese Symptome müssen fast ständig während eines Monats oder länger deutlich vorhanden gewesen sein. Bei eindeutiger Gehirnerkrankung, während einer Intoxikation oder während eines Entzuges soll keine Schizophrenie diagnostiziert werden.			
	29	Im Rahmen der Anamneseerhebung während der Erstdiagnostik und im Verlauf der Erkrankung sollen folgende Aspekte berücksichtigt werden: ▪ Strukturierter psychopathologischer Befund ▪ Biographische und soziale Anamnese ▪ Substanzmittelanamnese ▪ Somatische Anamnese ▪ Familienanamnese ▪ Vorerfahrung in der Behandlung ▪ Präferenzen und Wünsche der betroffenen Person in Bezug auf die möglichen diagnostischen und therapeutischen Optionen ▪ Wunsch/Möglichkeit der Einbeziehung von Angehörigen und anderen Vertrauenspersonen	KKP	-	Schizophrenie (F20.-)
	31	Bei akut aufgetretenen psychotischen Syndromen soll eine substanzinduzierte Genese mittels Drogenscreening ausgeschlossen werden.	KKP	-	Schizophrenie (F20.-)
	31	Eine organische Differentialdiagnostik soll bei jeder neu aufgetretenen psychotischen Symptomatik angeboten werden. Folgende Faktoren können klinische Hinweise für eine organische Genese der psychotischen Symptomatik geben: ▪ Früher und akuter Beginn ▪ Fokalneurologische Symptome, Bewusstseinseintrübung, epileptische Anfälle	KKP	-	Schizophrenie (F20.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
		▪ Ausgeprägte kognitive Defizite*, subakute (innerhalb von 3 Monaten) Merkfähigkeitsstörungen als führendes Symptom, die nicht mit den für die Schizophrenie bekannten Symptomen vereinbar sind. ▪ Verwirrtheit ▪ Optische Halluzinationen ▪ Psychomotorische Symptome (inkl. Katatonie) ▪ Fluktuierender Verlauf der Erkrankung ▪ Frühe Therapieresistenz ▪ Fluktuierende Psychopathologie ▪ Komorbide Entwicklungsverzögerung/-störung ▪ Fieber, Exsikkose			
	36	Unabhängig von der Krankheitsphase soll Menschen mit einer Schizophrenie neben einer leitliniengerechten pharmakotherapeutischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlung auch eine regelmäßige Überwachung der somatischen Gesundheit zur Reduktion der hohen Mortalität angeboten werden.	KKP	-	Schizophrenie (F20.-)
	37	Klinische Symptome, welche auf die typischen somatischen Komorbiditäten bei Menschen mit einer Schizophrenie hinweisen, sollen durch die Behandler aktiv abgefragt und bei Verdachtsmomenten untersucht und eingeordnet werden. Möglichen Ursachen soll in der Behandlung Rechnung getragen werden.	KKP	-	Schizophrenie (F20.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	37	Menschen mit einer Schizophrenie, die hohen Blutdruck, abnorme Lipidwerte, Adipositas, einen Diabetes oder ein Risiko für einen Diabetes haben, Tabak konsumieren (siehe Modul 4c) oder wenig körperlich aktiv sind, soll eine Behandlung entsprechend geltender Empfehlungen (siehe Modul 4a, 4b) angeboten werden. Adaptation NICE-Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management“ 2014 (149).	KKP	-	Schizophrenie (F20.-)
	38	Im Behandlungsverlauf soll aktiv erfragt werden, ob die im Rahmen der Diagnostik der Ersterkrankung empfohlenen Untersuchungen durchgeführt worden sind, und, falls nicht erfolgt, die Durchführung dieser Untersuchungen angeboten werden.	KKP	-	Schizophrenie (F20.-)
	38	Bei einer Erstmanifestation der Schizophrenie sollen folgende Untersuchungen angeboten werden: Obligat ▪ Eine komplette körperliche und neurologische Untersuchung (inkl. Gewicht und Körpergröße, Temperatur, Blutdruck/Puls) ▪ Blutuntersuchungen ▫ Differentialblutbild ▫ Nüchternblutzucker und ggf. HbA1c ▫ GPT, Gamma-GT, Kreatinin/eGFR ▫ Natrium, Kalium, Calcium ▫ BSG/CRP ▫ Schilddrüsenparameter (initial TSH) ▪ Drogenscreening im Urin	KKP	-	Schizophrenie (F20.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
		▪ Strukturelle Bildgebung des Gehirns mit kraniellem MRT (mit T1, T2, FLAIR Sequenzen, bei Auffälligkeiten weiterführende Diagnostik mit Kontrastmittel-MRT) ▫ Bei nicht Verfügbarkeit oder Kontraindikationen für eine MRT Untersuchung: CCT Fakultativ ▪ Eine Liquorpunktion soll angeboten werden, falls aus klinischer, laborchemischer oder apparativer Diagnostik Hinweise auf eine sekundäre somatische Genese der Symptomatik vorliegen (siehe Hintergrundtext und Empfehlung 4). ▪ Eine testpsychologische Untersuchung in den Bereichen Aufmerksamkeit, Lernen und Gedächtnis, Exekutivfunktionen und soziale Kognition (siehe Tabelle 4) soll sowohl zum Erhalt von Informationen für differentialdiagnostische Entscheidungen, als auch zur Vorbereitung von Entscheidungen über weitere neuropsychologische und psychosoziale Behandlungs- und Rehabilitationsangebote angeboten werden. ▪ Ein EEG soll angeboten werden, falls klinische Hinweise für ein mögliches epileptisches Geschehen oder andere spezifische neurologische Erkrankungen vorliegen (siehe Hintergrundtext). ▪ Im höheren Lebensalter und bei klinischem Verdacht soll eine Abklärung einer dementiellen Erkrankung gemäß der AWMF-Leitlinie „Demenzen“ angeboten werden.			
	41	Bei einem Rezidiv soll geprüft werden, ob die empfohlene Erstdiagnostik (Empfehlung 9) durchgeführt worden ist. Falls nicht erfolgt, soll diese erneut angeboten werden.	KKP	-	Schizophrenie (F20.-)
	128	„Menschen mit einer ersten psychotischen Episode soll eine spezifische kognitive Verhaltenstherapie zur Besserung der Positiv- und Negativsymptomatik angeboten werden.“	A	-	Schizophrenie (F20.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	130	„Menschen mit einer Schizophrenie soll eine KVT angeboten werden.“	A	++	Schizophrenie (F20.-)
	130	„Kognitive Verhaltenstherapie sollte mit einer Sitzungszahl von ≥ 16 Sitzungen angeboten werden. Zur Optimierung der Therapieeffekte und bei komplexeren Therapiezielen sollte eine Sitzungszahl von ≥ 25 Sitzungen angeboten werden.	B	+	Schizophrenie (F20.-)
	130	„KVT kann stationär oder ambulant durchgeführt werden. Bei stationärem Beginn sollte eine ambulante Fortsetzung erfolgen.“	KKP	+	Schizophrenie (F20.-)
	131	„Therapeuten sollten sich an den Prinzipien individualisierter kognitiver Verhaltenstherapie im Einzelsetting sowie an störungsspezifischen Manualen orientieren. Besondere Merkmale der KVT bei Psychosen sind dabei ein nicht-konfrontatives, unterstützendes Beziehungsangebot, „Normalisierung“ von Beschwerden, die Kontinuitätsannahme in Bezug auf die Symptomatik und die Orientierung an den Lebenszielen der Teilnehmer.“	B	++	Schizophrenie (F20.-)
	131	„KVT sollte auch dann zur Reduktion der psychotischen Symptomatik angeboten werden, wenn Patienten eine Behandlung mit Antipsychotika ablehnen.“	B	+	Schizophrenie (F20.-)
	132	Zur Reduktion der Positivsymptomatik sollte/soll das Metakognitive Training angeboten werden.	B	+	Schizophrenie (F20.-)
	140	„Bei Vorliegen relevanter Einschränkungen der sozialen Kompetenzen sowie bei anhaltender Negativsymptomatik soll ein Training Sozialer Fertigkeiten angeboten werden. Es sollte sich über mehrere Monate erstrecken und durch Aufgaben zum Alltagstransfer ergänzt werden.“	A	+	Schizophrenie (F20.-)
	146	„Psychodynamisch orientierte Psychotherapie kann zur Verbesserung des globalen Funktionsniveaus angeboten werden.“	0	+	Schizophrenie (F20.-)
	166	„Bei Menschen mit einer Schizophrenie, bei denen komorbid (zu teilremittierten psychotischen Symptomen) eine depressive Symptomatik vorliegt, sollte eine dies berücksichtigende psychosespezifsche KVT angeboten werden.“	B	++	Schizophrenie (F20.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	168	„Leiden Menschen mit einer Schizophrenie an einer komorbiden Angststörung können unter Berücksichtigung der Grunderkrankung und der damit verbundenen Behandlung die für Angsterkrankungen etablierten und evidenzbasierten Therapieoptionen angeboten werden.“	KKP	-	Schizophrenie (F20.-)
	171	„Menschen mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und komorbider Substanzstörung soll eine antipsychotische Behandlung nach individueller Aufklärung über Nutzen und Risiken angeboten werden. […] Gleichwertig sollen substanzspezifische psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen angeboten werden.“	KKP	-	Schizophrenie (F20.-)
	172	„Unter Berücksichtigung von Akuität und Besonderheiten der Schizophrenie soll Menschen mit einer komorbiden Tabakabhängigkeit prinzipiell dieselben psychotherapeutischen und medikamentösen leitliniengerechten Prinzipien zur Reduktion oder Stopp des Nikotinkonsums angeboten werden wie Rauchern ohne zusätzliche psychische Störung.	KKP	-	Schizophrenie (F20.-)
	173	„Bei Menschen mit einer Schizophrenie und komorbider Alkoholkonsumstörung soll eine leitliniengerechte psychotherapeutische/psychosoziale Behandlung für beide Störungen angeboten werden.“	A	-	Schizophrenie (F20.-)
	173	„Bei Menschen mit einer Schizophrenie und alkoholbezogenen Störungen sollten motivationale Interventionen allein oder in Kombination mit kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) angeboten werden.“	KKP	-	Schizophrenie (F20.-)
	195	„Bei Menschen mit einer Schizophrenie im höheren Lebensalter (> 65 Jahre) sollen die gleichen psychotherapeutischen und psychosozialen Therapien wie bei jüngeren Patienten unter Berücksichtigung der spezifischen Besonderheiten des Alters angeboten werden.“	A	-	Schizophrenie (F20.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	210	„Für Menschen mit Schizophrenie sollen die pharmakotherapeutische, psychotherapeutische und psychosoziale Behandlung auch in der Phase der Rehabilitationsbehandlung als Basistherapien zur Symptomreduktion und Rezidivprophylaxe angeboten werden.“	KKP		Schizophrenie (F20.-)
DGPPN et al. (2017) AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie/ Nationale Versorgungs-Leitlinie: Unipolare Depression	29	Zur Abgrenzung der verschiedenen affektiven Störungen und ihres Schweregrades ist sowohl die aktuelle Symptomatik als auch der bisherige Verlauf ausschlaggebend.	Statement	IIa	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	36	Da depressive Patienten selten spontan über typische depressive Kernsymptome berichten und eher unspezifische Beschwerden wie Schlafstörungen mit morgendlichem Früherwachen, Appetitminderung, allgemeine Kraftlosigkeit, anhaltende Schmerzen und/oder körperliche Beschwerden angeben, soll das Vorliegen einer depressiven Störung bzw. das Vorhandensein weiterer Symptome einer depressiven Störung aktiv exploriert werden.	A	IV	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	38	In der Versorgung von Patienten, die einer Hochrisikogruppe angehören – z. B. aufgrund früherer depressiver Störungen oder komorbider somatischer Erkrankungen – sollten Maßnahmen zur Früherkennung bezüglich Depression bei Kontakten in der Hausarztversorgung und in Allgemeinkrankenhäusern eingesetzt werden.	B	IIa	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	38	Die Diagnose einer behandlungsrelevanten depressiven Störung sollte, wenn in einem Screening erhöhte Depressionswerte festgestellt werden, durch die anschließende direkte und vollständige Erfassung der Haupt- und Zusatzsymptome (Schweregrad) sowie Fragen zu Verlauf und Dauer gestellt werden.	B	IV	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	41	Bei jedem Patienten mit einer depressiven Störung sollte Suizidalität regelmäßig, bei jedem Patientenkontakt klinisch eingeschätzt und gegebenenfalls exploriert werden.	KKP	Experten-konsens	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	41	Bei akuter Suizidgefährdung und fehlender Absprachefähigkeit bis zum nächsten vereinbarten Termin sollen die Patienten unter Berücksichtigung der individuell erforderlichen Sicherheitskautelen notfallmäßig in eine psychiatrische Behandlung überwiesen werden.	A	IV	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	41	Depressive Störungen treten oft gleichzeitig mit anderen psychischen Störungen auf.	Statement	IV	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	42	Nach der Erhebung der gegenwärtigen depressiven Symptomatik sollte eine ausführliche Anamnese und Befunderhebung weiterer psychischer und/oder somatischer Erkrankungen erfolgen.	B	IV	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	42	Bei depressiven Störungen sollten das Vorliegen von komorbiden körperlichen Erkrankungen sowie die Einnahme von Medikamenten und Noxen, die mit depressiven Symptomen einhergehen können, sorgfältig geprüft werden. Bei Patienten, die fortan ausschließlich in psychotherapeutischer Behandlung sind, soll der körperliche Status in jedem Fall zuverlässig abgeklärt werden.	B	IV	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	43	Bei entsprechenden Hinweisen auf eine die Erkrankung komplizierende somatische Komorbidität sollte eine Überweisung des Patienten zum Facharzt und bei komplizierender psychischer Komorbidität zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychotherapeuten erfolgen.	0	IV	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	44	Stellt sich in der Akutbehandlung 3-4 Wochen nach Behandlungsbeginn keine positive Entwicklung im Sinne der Zielvorgaben ein, sollte ein bislang nicht wirksames Vorgehen nicht unverändert fortgesetzt werden.	A	IV	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	108	„Sofern die eingesetzten Behandlungsmöglichkeiten nicht zur Besserung der Symptomatik geführt haben, soll eine Psychotherapie angeboten werden. Dies gilt auch für mittelschwere depressive Episoden.“	A	Ia	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)

Vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	113	„Bei Depressionen im höheren Lebensalter (ab 65 Jahre) soll Betroffenen eine Psychotherapie angeboten werden.“	A	Ia	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	114	„Bei leichten kognitiven Einschränkungen und einer Depression im Alter sollte eine Psychotherapie (bevorzugt als Einzeltherapie) angeboten werden.“	B	Ib	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	117	„Zur Stabilisierung des Therapieerfolgs sowie zur Senkung des Rückfallrisikos soll im Anschluss an eine Akutbehandlung eine angemessene psychotherapeutische Nachbehandlung (Erhaltungstherapie) angeboten werden.“	A	Ia	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	117	„Längerfristige stabilisierende Psychotherapie (Rezidivprophylaxe) soll Patienten mit einem erhöhten Risiko für ein Rezidiv angeboten werden.“	A	Ia	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	131	„Bei Vorliegen von depressiven Episoden und komorbiden Angststörungen sollten sowohl Psychotherapie (empirische Belege liegen vor für KVT und IPT) als auch Pharmakotherapie (empirische Belege liegen vor für SSRIs und Venlafaxin) als wirksame Behandlungsverfahren angeboten werden.“	KKP	Experten-konsens	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	132	„Bei Vorliegen einer depressiven Störung und einer komorbiden Alkoholabhängigkeit sollte eine antidepressive Psychotherapie zur Reduktion der depressiven Symptome, sowohl als alleiniges Verfahren als auch als Teil einer Kombinations-behandlung mit einer Pharmakotherapie oder einer suchtspezifischen Psychotherapie (empirische Belege liegen für die KVT vor), angeboten werden.“	KKP	Experten-konsens	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	136	„Bei Patienten mit einer Komorbidität von depressiver Störung und Persönlichkeitsstörung (Borderline, paranoid, ängstlich-vermeidend und dependent) kann eine Psychotherapie als alleiniges Verfahren oder als Teil einer Kombinationsbehandlung mit Pharmakotherapie (empirische Hinweise existieren für die KVT, die IPT und die psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie) angeboten werden.“	KKP	Experten-konsens	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	157	„Zur Behandlung von Depressionen in der Schwangerschaft sollte betroffenen Patientinnen eine Psychotherapie angeboten werden.“	B	Ib	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	158	„Zur Behandlung postpartaler Depressionen soll Betroffenen eine Psychotherapie angeboten werden.“	A	Ia	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	164	Die Diagnostik bei suizidalen Patienten schließt die Erfassung der graduellen Ausprägung der Suizidalität und die Abschätzung des aktuellen Handlungsdrucks bzw. die aktuelle Distanzierung von Suizidalität ein.	Statement	IV	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
Jobst et al. (2016) European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe	32	„The EPA Guidance Group on Psychotherapy in CD considers CBASP and, to a lesser degree, IPT focussing on interpersonal problems to be effective in CD. Consequently, psychotherapeutic treatment specifically aimed at the common characteristics of CD should be first choice. CBASP is recommended as first-line treatment for CD.“	A	1++	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Anhaltende affektive Störungen (F34.-)
	32	„ […] and IPT is recommended as second-line treatment.“	B	1	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Anhaltende affektive Störungen (F34.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	32	„Evidence for efficacy of CBT in CD is limited; the interpretation of previous studies is hampered by their methodological limitations. Because all CBT variants studied in CD included training with an interpersonal focus, differences between CBT and CBASP/IPT might be notably smaller than reported. Taken together, CBT is recommended as third-line treatment“	C	2+	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Anhaltende affektive Störungen (F34.-)
	32	„The EPA Guidance Group recommends psychodynamic and psychoanalytic treatment as a third-line treatment on the basis of studies mixing CD and episodic MDD as well as on clinical experiences of respected experts in the field.“	D	3–4	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Anhaltende affektive Störungen (F34.-)
	33	„Moreover, the type of psychotherapy should be individually chosen in consideration of early versus late onset, type of depression, number of episodes, early trauma, symptom severity, patient preference and comorbid personality disorder.“	GGP	4	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Anhaltende affektive Störungen (F34.-)
	33	„Combined treatment with psychotherapy and pharmacotherapy has been reported to be superior to psychotherapy or pharmacotherapy alone.“	A	1+	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Anhaltende affektive Störungen (F34.-)
	33	The EPA Guidance Group recommends a personalized approach based on the patient’s preferences and needs, e.g. pharmacotherapy or psychotherapy, group or individual psychotherapy, in- or outpatient treatment	GGP	4	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Anhaltende affektive Störungen (F34.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	33	„The EPA Guidance Group considers effect sizes of psychothera-py in CD to be associated with the psychotherapy ‘‘dosage’’, i. e. the number of sessions pro-vided in a certain time frame.“	A	1+	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Anhaltende affektive Störungen (F34.-)
	33	„Psychotherapy should be offered in the acute phase and be of adequate length and frequency. Psychotherapy treatment gains for CD may take longer than for patients with recurrent MDD and may be more gradual than sudden. Sessions should be conducted at least once a week.“	GGP	4	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Anhaltende affektive Störungen (F34.-)
	33	„For relapse prevention, psychotherapeutic interventions should include fol-low-up sessions.“	GGP	4	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Anhaltende affektive Störungen (F34.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
Lincoln et al. (2019) Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen	24	Jeder Psychotherapie sollte eine angemessene Diagnostik und Problemanalyse vorausgehen.	-		Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20-F29)
	87	Wenn das primäre Ziel eine Verbesserung der Symptomatik ist, so sollte zunächst eine kognitive Verhaltenstherapie angeboten werden	Evidenzgrad Ia für Positivsymptomatik (Gesamtsymptomatik)	-	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20-F29)
	122	„Eine psychotherapeutische Behandlung soll jedem Patienten zusätzlich zur medikamentösen Behandlung angeboten werden.“	-	-	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20-F29)
	122	„Als psychotherapeutische Behandlung im ambulanten Setting empfehlen wir Kognitive Verhaltenstherapie und Psychoedukative Familineintervention mit Fertigkeitentraining.“	-	-	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20-F29)
	122	Jeder Psychotherapie soll mit allgemein anerkannten Messinstrumenten evaluiert und hinsichtlich der Effekte beurteilt werden.	-	-	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20-F29)
NICE (2019) NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder.	9	For PTSD sufferers presenting in primary care, GPs should take responsibility for the initial assessment and the initial coordination of care. This includes the determination of the need for emergency medical or psychiatric assessment.	C	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
	9	Assessment of PTSD sufferers should be conducted by competent individuals and be comprehensive, including physical, psychological and social needs and a risk assessment.	GPP	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	9	When seeking to identify PTSD, members of the primary care team should consider asking adults specific questions about re-experiencing (including flashbacks and nightmares) or hyperarousal (including an exaggerated startle response or sleep disturbance).	C	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
	10	For patients with unexplained physical symptoms who are repeated attendees to primary care, members of the primary care team should consider asking whether or not they have experienced a traumatic event, and provide specific examples of traumatic events (for example, assaults, rape, road traffic accidents, childhood sexual abuse and traumatic childbirth).	GPP	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
	10	People who have lost a close friend or relative due to an unnatural or sudden death should be assessed for PTSD and traumatic grief. In most cases, healthcare professionals should treat the PTSD first without avoiding discussion of the grief.	C	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
	10	In all cases of PTSD, healthcare professionals should consider the impact of the traumatic event on all family members and, when appropriate, assess this impact and consider providing appropriate support.	GPP	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
	63	„All PTSD sufferers should be offered a course of trauma-focused psychological treatment (trauma-focused cognitive-behavioural therapy or eye movement desensitisation and reprocessing). These treatments should normally be provided on an individual out-patient basis.“	A	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
	63	„Trauma-focused psychological treatment should be offered to PTSD sufferers regardless of the time that has elapsed since the trauma.“	B	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
	63 – 64	„The duration of trauma-focused psychological treatment should normally be 8–12 sessions when the PTSD results from a single event. When the trauma is discussed in the treatment session, longer sessions than usual are generally necessary (for example 90 min). Treatment should be regular and continuous (usually at least once a week) and should be delivered by the same person.“	B	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	64	„Healthcare professionals should consider extending the duration of treatment beyond 12 sessions if several problems need to be addressed in the treatment of PTSD sufferers, particularly after multiple traumatic events, traumatic bereavement or where chronic disability resulting from the trauma, significant comorbid disorders or social problems are present. Trauma-focused treatment needs to be integrated into an overall plan of care.“	C	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
	64	„When PTSD sufferers request other forms of psychological treatment (for example, supportive therapy/non-directive therapy, hypnotherapy, psychodynamic therapy or systemic psychotherapy), they should be informed that there is as yet no convincing evidence for a clinically important effect of these treatments on PTSD.“	GGP	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
	64	„For PTSD sufferers who have no or only limited improvement with a specific traumafocused psychological treatment, healthcare professionals should consider the following options: ▪ an alternative form of trauma-focused psychological treatment ▪ the augmentation of trauma-focused psychological treatment with a course of pharmacological treatment.“	C	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
	98	Post-traumatic stress disorder may present with a range of symptoms (including reexperiencing, avoidance, hyperarousal, depression, emotional numbing and anger) and therefore when assessing for PTSD, members of secondary care medical teams should ask in a sensitive manner whether or not patients with such symptoms have suffered a traumatic experience and give specific examples of traumatic events (for example, assaults, rape, road traffic accidents, childhood sexual abuse and traumatic childbirth).	GPP	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	103	For individuals at high risk of developing PTSD following a major disaster, consideration should be given (by those responsible for coordination of the disaster plan) to the routine use of a brief screening instrument for PTSD at 1 month after the disaster.	C	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
NCCMH (2006 [2014]) NICE Clinical Guideline CG31. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder	75	Healthcare professionals should consider informing people with OCD or BDD and their family or carers about local self-help and support groups, and encourage them to participate in such groups where appropriate. [GPP]	GPP	-	Zwangsstörung (F42.-), Dysmorphophobie (nicht wahnhaft) (F45.2)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
NCCMH (2010 [2018]) NICE Clinical Guideline CG90. Depression. The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition)	94	„When working with people with depression and their families or carers: ▪ build a trusting relationship and work in an open, engaging and non-judgemental manner ▪ explore treatment options in an atmosphere of hope and optimism, explaining the different courses of depression and that recovery is possible ▪ be aware that stigma and discrimination can be associated with a diagnosis of depression ▪ ensure that discussions take place in settings in which confidentiality, privacy and dignity are respected.“	-	-	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) ▪ Dysthymia (F34.1)
	94	„Inform people with depression about self-help groups, support groups and other local and national resources.“	-	-	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) ▪ Dysthymia (F34.1)
	95	„Ensure that consent to treatment is based on the provision of clear information (which should also be available in written form) about the intervention, covering: ▪ what it comprises ▪ what is expected of the person while having it ▪ likely outcomes (including any side effects).“	-	-	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) ▪ Dysthymia (F34.1)
	95 – 96	„Be respectful of, and sensitive to, diverse cultural, ethnic and religious backgrounds when working with people with depression, and be aware of the possible variations in the presentation of depression. Ensure competence in: ▪ culturally sensitive assessment	-	-	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
		▪ using different explanatory models of depression addressing cultural and ethnic differences when developing and implementing treatment plans ▪ working with families from diverse ethnic and cultural backgrounds.“			▪ Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) ▪ Dysthymia (F34.1)
	96	„Consider providing all interventions in the preferred language of the person with depression where possible.“	-	-	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) ▪ Dysthymia (F34.1)
	213	„For people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression, consider offering one or more of the following interventions, guided by the person’s preference: ▪ individual guided self-help based on the principles of cognitive behavioural therapy (CBT) ▪ computerised cognitive behavioural therapy (CCBT) ▪ a structured group physical activity programme.“			▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) ▪ Dysthymia (F34.1)
	296	„All interventions for depression should be delivered by competent practitioners. Psychological and psychosocial interventions should be based on the relevant treatment manual(s), which should guide the structure and duration of the intervention. Practitioners should consider using competence frameworks developed from the relevant treatment manual(s) and for all interventions should: ▪ receive regular high-quality supervision ▪ use routine outcome measures and ensure that the person with depression is involved in reviewing the efficacy of the treatment	should	-	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) ▪ Dysthymia (F34.1)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
		▪ engage in monitoring and evaluation of treatment adherence and practitioner competence – for example, by using video and audio tapes, and external audit and scrutiny where appropriate.“			
	297	„For people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression who have not benefited from a low-intensity psychosocial intervention, discuss the relative merits of different interventions with the person and provide: ▪ an antidepressant (normally a selective serotonin reuptake inhibitor [SSRI]) or ▪ a high-intensity psychological intervention, normally one of the following options: ▫ CBT ▫ interpersonal therapy (IPT) ▫ behavioural activation (but note that the evidence is less robust than for CBT or IPT) ▫ behavioural couples therapy for people who have a regular partner and where the relationship may contribute to the development or maintenance of depression, or where involving the partner is considered to be of potential therapeutic benefit.“	-	-	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) ▪ Dysthymia (F34.1)
	297	„The choice of intervention should be influenced by the: ▪ duration of the episode of depression and the trajectory of symptoms ▪ previous course of depression and response to treatment ▪ likelihood of adherence to treatment and any potential adverse effects ▪ person’s treatment preference and priorities.“	should	-	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) ▪ Dysthymia (F34.1)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	298	„For all people with depression having individual CBT, the duration of treatment should typically be in the range of 16 to 20 sessions over 3 to 4 months. Also consider providing: ▪ two sessions per week for the first 2 to 3 weeks of treatment for people with moderate or severe depression ▪ follow-up sessions typically consisting of three to four sessions over the following 3 to 6 months for all people with depression.“	should	-	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) ▪ Dysthymia (F34.1)
	299	„For a person whose depression has not responded to either pharmacological or psychological interventions, consider combining antidepressant medication with CBT.“	-	-	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) ▪ Dysthymia (F34.1)
	565	„When working with people with depression and their families or carers: ▪ provide information appropriate to their level of understanding about the nature of depression and the range of treatments available ▪ avoid clinical language without adequate explanation ▪ ensure that comprehensive written information is available in the appropriate language and in audio format if possible ▪ provide and work proficiently with independent interpreters (that is, someone who is not known to the person with depression) if needed.“	-	-	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) ▪ Dysthymia (F34.1)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
NCCMH (2011 [2018]-a) NICE Clinical Guideline CG113. Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary, and Community Care	321	„When working with people with GAD: ▪ build a relationship and work in an open, engaging and non-judgemental manner ▪ explore the person's worries in order to jointly understand the impact of GAD ▪ explore treatment options collaboratively with the person, indicating that decision making is a shared process ▪ ensure that discussion takes place in settings in which confidentiality, privacy and dignity are respected.“	-	-	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	321	„When working with people with GAD: ▪ provide information appropriate to the person's level of understanding about the nature of GAD and the range of treatments available ▪ if possible, ensure that comprehensive written information is available in the person's preferred language and in audio format ▪ offer independent interpreters if needed.“	-	-	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	321	„Inform people with GAD about local and national self-help organisations and support groups, in particular where they can talk to others with similar experiences.“	-	-	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	323	„Identify and communicate the diagnosis of GAD as early as possible to help people understand the disorder and start effective treatment promptly.“	-	-	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	325	„For people with GAD and marked functional impairment, or those whose symptoms have not responded adequately to step 2 interventions: ▪ Offer either	-	-	Generalisierte Angststörung (F41.1)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
		▪ an individual high-intensity psychological intervention or ▪ drug treatment. ▪ Provide verbal and written information on the likely benefits and disadvantages of each mode of treatment, including the tendency of drug treatments to be associated with side effects and withdrawal syndromes. ▪ Base the choice of treatment on the person's preference as there is no evidence that either mode of treatment (individual high-intensity psychological intervention or drug treatment) is better.“			
	325	„If a person with GAD chooses a high-intensity psychological intervention, offer either CBT or applied relaxation.“			Generalisierte Angststörung (F41.1)
	325	„CBT for people with GAD should: ▪ be based on the treatment manuals used in the clinical trials of CBT for GAD ▪ be delivered by trained and competent practitioners ▪ usually consist of 12–15 weekly sessions (fewer if the person recovers sooner; more if clinically required), each lasting 1 hour.“	should	-	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	326	„Consider providing all interventions in the preferred language of the person with GAD if possible.“	-	-	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	327	„If a person's GAD has not responded to a full course of a high-intensity psychological intervention, offer a drug treatment.“	-	-	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	327	„If a person's GAD has not responded to drug treatment, offer either a high-intensity psychological intervention or an alternative drug treatment.“	-	-	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	327	„If a person's GAD has partially responded to drug treatment, consider offering a high-intensity psychological intervention in addition to drug treatment.“	-	-	Generalisierte Angststörung (F41.1)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
NCCMH (2011 [2018]-b) NICE Clinical Guideline CG123. Common Mental Health Disorders. Identification and Pathways to Care	175	„When discussing treatment options with a person with a common mental health disorder, consider: ▪ their past experience of the disorder ▪ their experience of, and response to, previous treatment ▪ the trajectory of symptoms ▪ the diagnosis or problem specification, severity and duration of the problem ▪ the extent of any associated functional impairment arising from the disorder itself or any chronic physical health problem ▪ the presence of any social or personal factors that may have a role in the development or maintenance of the disorder ▪ the presence of any comorbid disorders.“	-	-	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Phobische Störungen (F40.-) ▪ Andere Angststörungen (F41.-) ▪ Zwangsstörung (F42.-) ▪ Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43.-)
	175	„When discussing treatment options with a person with a common mental health disorder, provide information about: ▪ the nature, content and duration of any proposed intervention ▪ the acceptability and tolerability of any proposed intervention ▪ possible interactions with any current interventions ▪ the implications for the continuing provision of any current interventions.“	-	-	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Phobische Störungen (F40.-) ▪ Andere Angststörungen (F41.-) ▪ Zwangsstörung (F42.-) ▪ Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43.-)
	176	„If a person with a common mental health disorder needs social, educational or vocational support, consider: ▪ informing them about self-help groups (but not for people with PTSD), support groups and other local and national resources	-	-	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Phobische Störungen (F40.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
		▪ befriending or a rehabilitation programme for people with long-standing moderate or severe disorders ▪ educational and employment support services.“			▪ Andere Angststörungen (F41.-) ▪ Zwangststörung (F42.-) ▪ Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43.-)
	176	„For people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression, offer or refer for one or more of the following lowintensity interventions: ▪ individual facilitated self-help based on the principles of cognitive behavioural therapy (CBT) ▪ computerised CBT ▪ a structured group physical activity programme ▪ a group-based peer support (self-help) programme (for those who also have a chronic physical health problem) ▪ non-directive counselling delivered at home (listening visits) (for women during pregnancy or the postnatal period).“	-	-	Depressive Episode (F32.-)
	177	„For people with PTSD, including those with mild to moderate PTSD, refer for a formal psychological intervention (trauma-focused CBT or eye movement desensitisation and reprocessing [EMDR]).“	-	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
	178	„For people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression that has not responded to a low-intensity intervention, offer or refer for: ▪ antidepressant medication or			Depressive Episode (F32.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
		▪ a psychological intervention (CBT, IPT, behavioural activation or behavioural couples therapy).“			
	178	„For people with an initial presentation of moderate or severe depression, offer or refer for a psychological intervention (CBT or IPT) in combination with an antidepressant.“	-	-	Depressive Episode (F32.-)
	178	„For people with depression who decline an antidepressant, CBT, IPT, behavioural activation and behavioural couples therapy, consider providing or referring for: ▪ counselling for people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression ▪ short-term psychodynamic psychotherapy for people with mild to moderate depression. ▪ Discuss with the person the uncertainty of the effectiveness of counselling and psychodynamic psychotherapy in treating depression.“	-	-	Depressive Episode (F32.-)
	179	„For people with moderate to severe panic disorder (with or without agoraphobia), consider referral for: ▪ CBT or ▪ an antidepressant if the disorder is long-standing or the person has not benefitted from or has declined psychological interventions.“	-	-	Phobische Störungen (F40.-)
	179	„For people with OCD and moderate or severe functional impairment, and in particular where there is significant comorbidity with other common mental health disorders, offer or refer for: ▪ CBT (including ERP) or antidepressant medication for moderate impairment ▪ CBT (including ERP) combined with antidepressant medication and case management for severe impairment.“	-	-	Zwangsstörung (F42.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	216	„Be respectful of, and sensitive to, diverse cultural, ethnic and religious backgrounds when working with people with common mental health disorders, and be aware of the possible variations in the presentation of these conditions. Ensure competence in: ▪ culturally sensitive assessment ▪ using different explanatory models of common mental health disorders ▪ addressing cultural and ethnic differences when developing and implementing treatment plans ▪ working with families from diverse ethnic and cultural backgrounds.“	-	-	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Phobische Störungen (F40.-) ▪ Andere Angststörungen (F41.-) ▪ Zwangsstörung (F42.-) ▪ Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43.-)
	220	When assessing a person with a suspected common mental health disorder, consider using: ▪ a diagnostic or problem identification tool or algorithm, for example, the Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) screening prompts tool57 ▪ a validated measure relevant to the disorder or problem being assessed, for example, the 9-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) or the 7-item Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7) to inform the assessment and support the evaluation of any intervention.	-	-	
	223	„If a person with a common mental health disorder needs social, educational or vocational support, consider: ▪ informing them about self-help groups (but not for people with PTSD), support groups and other local and national resources ▪ befriending or a rehabilitation programme for people with longstanding moderate or severe disorders	-	-	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Phobische Störungen (F40.-) ▪ Andere Angststörungen (F41.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
		▪ educational and employment support services.“			▪ Zwangsstörung (F42.-) ▪ Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43.-)
	224	„For pregnant women who have subthreshold symptoms of depression and/or anxiety that significantly interfere with personal and social functioning, consider providing or referring for: ▪ individual brief psychological treatment (four to six sessions), such as interpersonal therapy (IPT) or CBT for women who have had a previous episode of depression or anxiety ▪ social support during pregnancy and the postnatal period for women who have not had a previous episode of depression or anxiety; such support may consist of regular informal individual or group-based support.“	-	-	▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Phobische Störungen (F40.-)
	226	„For people with generalised anxiety disorder who have marked functional impairment or have not responded to a low-intensity intervention, offer or refer for one of the following: ▪ CBT or ▪ applied relaxation or ▪ if the person prefers, drug treatment.“	-	-	Generalisierte Angststörung (F41.1)
NCCMH (2012 [2016]) NICE Clinical Guideline CG133. Self-Harm: Longer-Term Management	106	Health and social care professionals working with people who self-harm should: ▪ aim to develop a trusting, supportive and engaging relationship with them ▪ be aware of the stigma and discrimination sometimes associated with self-harm, both in the wider society and the health service, and adopt a non-judgemental approach	-	-	Vorsätzliche Selbstbeschädigung (X60-X84)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
		▪ ensure that people are fully involved in decision-making about their treatment and care ▪ aim to foster people's autonomy and independence wherever possible ▪ maintain continuity of therapeutic relationships wherever possible ▪ ensure that information about episodes of self-harm is communicated sensitively to other team members.			
NCCMH (2013 [2017]) NICE Clinical Guideline CG159. Social Anxiety Disorder: Recognition, Assessment and Treatment	193	Individual CBT (the Clark and Wells model) for social anxiety disorder should consist of up to 14 sessions of 90 minutes' duration over approximately 4 months and include the following: ▪ education about social anxiety ▪ experiential exercises to demonstrate the adverse effects of self-focused attention and safety-seeking behaviours ▪ video feedback to correct distorted negative self-imagery ▪ systematic training in externally focused attention ▪ within-session behavioural experiments to test negative beliefs with linked homework assignments ▪ discrimination training or rescripting to deal with problematic memories of social trauma ▪ examination and modification of core beliefs ▪ modification of problematic pre- and post-event processing ▪ relapse prevention.	-	-	soziale Phobien (F40.1)
	244	After diagnosis of social anxiety disorder in an adult, identify the goals for treatment and provide information about the disorder and its treatment including: ▪ the nature and course of the disorder and commonly occurring	-	-	soziale Phobie (40.1)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
		▪ comorbidities ▪ the impact on social and personal functioning ▪ commonly held beliefs about the cause of the disorder ▪ beliefs about what can be changed or treated ▪ choice and nature of evidence-based treatments.			
NCCMH (2014 [2018]) NICE Clinical Guideline CG185. Bipolar Disorder: The assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care	264	„Discuss with the person the possible benefits and risks of psychological interventions and their preference. Monitor mood and if there are signs of hypomania or deterioration of the depressive symptoms, liaise with or refer the person to secondary care. If the person develops mania or severe depression, refer them urgently to secondary care.“	-	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	264	„Offer a structured psychological intervention (individual, group or family), which has been designed for bipolar disorder and has a published evidencebased manual describing how it should be delivered, to prevent relapse or for people who have some persisting symptoms between episodes of mania or bipolar depression.“	-	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	264 – 265	„Individual and group psychological interventions for bipolar disorder to prevent relapse should: ▪ provide information about bipolar disorder ▪ consider the impact of thoughts and behaviour on moods and relapse ▪ include self-monitoring of mood, thoughts and behaviour ▪ address relapse risk, distress and how to improve functioning ▪ develop plans for relapse management and staying well ▪ consider problem-solving to address communication patterns and managing functional difficulties.“	-	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	308	„Offer people with bipolar depression: ▪ a psychological intervention that has been developed specifically for bipolar disorder and has a published evidence-based manual describing how it should be delivered or ▪ a high-intensity psychological intervention (cognitive behavioural therapy, interpersonal therapy or behavioural couples therapy) in line with recommendations 1.5.3.1–1.5.3.5 in the NICE clinical guideline on depression.“	-	-	▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
Qaseem et al. (2016) Nonpharmacologic Versus Pharmacologic Treatment of Adult Patients With Major Depressive Disorder: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians	355	„ACP recommends that clinicians select between either cognitive behavioral therapy or second-generation antidepressants to treat patients with major depressive disorder after discussing treatment effects, adverse effect profiles, cost, accessibility, and preferences with the patient.“	strong	moderate	Depressive Episode (F32.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
Riemann et al. (2017) AWMF-Register-nummer 063-003. S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf /Schlafstörungen. Kapitel „Insomnie bei Erwachse-nen“, Update 2016	3	„Die kognitive Verhaltenstherapie für Insomnien soll bei Erwachsenen jedes Lebensalters als erste Behandlungsoption für Insomnien durchgeführt wer-den.“	A	-	Nichtorganische Schlafstörung (F51.-)
	30	Die Diagnostik soll eine umfassende Anamnese inklusive einer Abklärung kör-perlicher und psychischer Erkrankungen, eine körperliche Untersuchung sowie den Einsatz von Schlaffragebögen und Schlaftagebüchern umfassen.	A	1a-b	Nichtorganische Schlafstörung (F51.-)
	30	Nach Substanzen, die den Schlaf stören, soll gezielt gefragt werden	A	1a-b	Nichtorganische Schlafstörung (F51.-)
SIGN (2012 [2018]) SIGN National Clinical Guideline 127. Manage-ment of perinatal mood disorders	32	Cognitive behavioural therapies should be considered for treatment of mild to moderate depression in the postnatal period.	B	-	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet (F32.9)
VA/DoD (2016) VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Manage-ment of Major Depressive Disor-der	19	For patients at high risk for relapse (e.g., two or more prior episodes, unstable remission status), we recommend offering a course of cognitive behavioral therapy (CBT), interpersonal therapy (IPT) or mindfulness-based cognitive ther-apy (MBCT) during the continuation phase of treatment (after remission is achieved) to reduce the risk of subsequent relapse/recurrence. The evidence does not support recommending a specific evidence-based psy-chotherapy over another.	strong	Reviewed, New-re-placed	Depressive Episode (F32.-)

vertraulich

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
VA/DoD (2017) VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder	33	„We recommend engaging patients in shared decision making (SDM), which includes educating patients about effective treatment options.“	strong for	not reviewed, amended	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43.-)
	34	„For patients with PTSD, we recommend individual, manualized trauma-focused psychotherapies that have a primary component of exposure and/or cognitive restructuring to include Prolonged Exposure (PE), Cognitive Processing Therapy (CPT), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), specific cognitive behavioral therapies for PTSD, Brief Eclectic Psychotherapy (BEP), Narrative Exposure Therapy (NET), and written narrative exposure.“	strong for	not reviewed, amended	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43.-)
	34	„There is insufficient evidence to recommend for or against psychotherapies that are not specified in other recommendations, such as Dialectical Behavior Therapy (DBT), Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation (STAIR), Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Seeking Safety, and supportive counseling.“	n/a	reviewed, new-replace	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43.-)

vertraulich

Literatur

Aafjes-van Doorn, K; Barber, JP (2017): Systematic Review of In-Session Affect Experience in Cognitive Behavioral Therapy for Depression. *Cognitive Therapy and Research* 41(6): 807-828. DOI: 10.1007/s10608-017-9865-6.

Abbass, AA; Kisely, SR; Town, JM; Leichsenring, F; Driessen, E; De Maat, S; et al. (2014): Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (7). Art. No.: CD004687. DOI: 10.1002/14651858.CD004687.pub4.

Altmann, U; Steffanowski, A; Wittmann, WW; Kramer, D; Bruckmayer, E; Pfaffinger, I; et al. (2014): Verlängerungen ambulanter Psychotherapien: Eine Studie zu Patienten-, Therapeuten-, Behandlungs- und Verlaufsmerkmalen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 64(5): 181-191. DOI: 10.1055/s-0033-1357134.

Altmann, U; Steyer, R; Kramer, D; Steffanowski, A; Wittmann, WW; von Heymann, F; et al. (2015): Verlaufsmuster depressiver Störungen bei ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen und deren Vorhersage. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 61(2): 156-172. DOI: 10.13109/zptm.2015.61.2.156.

Altmann, U; Thielemann, D; Zimmermann, A; Steffanowski, A; Bruckmeier, E; Pfaffinger, I; et al. (2018): Outpatient Psychotherapy Improves Symptoms and Reduces Health Care Costs in Regularly and Prematurely Terminated Therapies. *Frontiers in Psychology* 9:748. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00748.

Amann, K; Arens, J; Beutel, M; Bilke-Hentsch, O; Bischof, G; Bonnet, U; et al. (2016): AWMF-Registernummer 076-001. S3-Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen [*Langfassung*]. Stand: 28.02.2016. Hamm [u. a.]: DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001l_S3-Leitlinie_Alkohol_2016-02.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).

Amble, I; Gude, T; Stubdal, S; Andersen, BJ; Wampold, BE (2015): The effect of implementing the Outcome Questionnaire-45.2 feedback system in Norway: A multisite randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Psychotherapy Research* 25(6): 669-677. DOI: 10.1080/10503307.2014.928756.

Andreas, S; Bartsch, G; Batra, A; Effertz, T; Gohlke, H; Jähne, A; et al. (2015): AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums [*Langfassung*]. Stand: 09.02.2015. Hamm [u. a.]: DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006l_S3_Tabak_2015-02.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).

vertraulich

APA [American Psychiatric Association] (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder. Third Edition. [Stand:] October 2010 [reaffirmed 31.10.2015]. Washington, US-DC: APA. URL: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf (abgerufen am: 12.07.2018).

APA [American Psychiatric Association] Work Group on Psychiatric Evaluation (2016): Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults [*Full Guideline*]. Third edition. Arlington, US-VA: APA. ISBN: 978-0-89042-465-0. URL: https://psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.books.9780890426760 (abgerufen am: 11.07.2018).

APA [American Psychological Association] (2017): Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults [*Full Guideline*]. [Stand:] 24.02.2017. Washington, US-DC: APA. URL: http://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf (abgerufen am: 11.07.2018).

Baldwin, SA; Imel, ZE (2013): Therapist effects: Findings and methods. Part II, Chapter 8. In: Lambert, MJ: *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change.* Sixth Edition. Hoboken, US-NJ: Wiley, 258-297. ISBN: 978-1-118-03820-8.

Bandelow, B; Wiltink, J; Alpers, GW; Benecke, C; Deckert, J; Eckhardt-Henn, A; et al. (2014): AWMF-Registernummer 051-028. S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen [*Langfassung*]. Stand: 15.04.2014. Berlin [u. a.]: DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-028l_S3_Angstst%C3%B6rungen_2014-05_2.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).

Barber, JP; Solomonov, N (2019): Toward a personalized approach to psychotherapy outcome and the study of therapeutic change. *World Psychiatry* 18(3): 291-292. DOI: 10.1002/wps.20666.

Barkham, M; Mellor-Clark, J; Connell, J; Evans, C; Evans, R; Margison, F (2010): Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE) – The CORE Measures and System: Measuring, Monitoring and Managing Quality Evaluation in the Psychological Therapies. Chapter 8. In: Barkham, M; Hardy, GE; Mellor-Clark, J: *Developing and Delivering Practice-Based Evidence.* Oxford, GB: Wiley, 175-219. ISBN: 978-0-470-03234-3.

Barlow, DH (2010): Negative Effects From Psychological Treatments: *A Perspective*. *American Psychologist* 65(1): 13-20. DOI: 10.1037/a0015643.

Beard, JIL; Delgadillo, J (2019): Early response to psychological therapy as a predictor of depression and anxiety treatment outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety* 36(9): 866-878. DOI: 10.1002/da.22931.

Behrendt, S; Bühringer, G; Hoyer, J (2014): Ambulante Psychotherapie der Substanzstörungen. Erweiterte Möglichkeiten nach Änderung der Psychotherapierichtlinie 2011. *Psychotherapeut* 59(4): 310-316. DOI: 10.1007/s00278-014-1046-4.

vertraulich

Beintner, I; Jacobi, C (2018): Are we overdosing treatment? Secondary findings from a study following women with bulimia nervosa after inpatient treatment. *International Journal of Eating Disorders* 51(8): 899-905. DOI: 10.1002/eat.22894.

Beutler, LE; Edwards, C; Someah, K (2018a): Adapting psychotherapy to patient reactance level: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychology* 74(11): 1952-1963. DOI: 10.1002/jclp.22682.

Beutler, LE; Kimpara, S; Edwards, CJ; Miller, KD (2018b): Fitting psychotherapy to patient coping style: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology* 74(11): 1980-1995. DOI: 10.1002/jclp.22684.

Boswell, JF; Kraus, DR; Miller, SD; Lambert, MJ (2015a): Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: Benefits, challenges, and solutions. *Psychotherapy Research* 25(1): 6-19. DOI: 10.1080/10503307.2013.817696.

Boswell, JF; Kraus, DR; Castonguay, LG; Youn, SJ (2015b): Treatment Outcome Package: Measuring and Facilitating Multidimensional Change. *Psychotherapy* 52(4): 422-431. DOI: 110.1037/pst0000028.

Brattland, H; Koksvik, JM; Burkeland, O; Gråwe, RW; Klöckner, C; Linaker, OM; et al. (2018): The Effects of Routine Outcome Monitoring (ROM) on Therapy Outcomes in the Course of an Implementation Process: A randomized Clinical Trial. *Journal of Counseling Psychology* 65(5): 641-652. DOI: 10.1037/cou0000286.

Braunwarth, W-D; Christ, M; Dirks, H; Dyba, J; Härtel-Petri, R; Harfst, T; et al. (2016): AWMF-Registernummer 038-024. S3-Leitlinie: Methamphetamin-bezogene Störungen [*Langfassung*]. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-662-53541-7. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-024l_S3-Methamphetamin-bezogene-Stoerungen-2016-11.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).

Budd, R; Hughes, I (2009): The Dodo Bird Verdict - Controversial, Inevitable and Important: A Commentary on 30 Years of Meta-Analyses. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 16(6): 510-522. DOI: 10.1002/cpp.648.

Cameron, SK; Rodgers, J; Dagnan, D (2018): The relationship between the therapeutic alliance and clinical outcomes in cognitive behaviour therapy for adults with depression: A meta-analytic review. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 25(3): 446-456. DOI: 10.1002/cpp.2180.

Carlier, IV; Kovács, V; van Noorden, MS; van der Feltz-Cornelis, C; Mooij, N; Schulte-van Maaren, YWM; et al. (2017): Evaluating the Responsiveness to Therapeutic Change with Routine Outcome Monitoring: A Comparison of the Symptom Questionnaire-48 (SQ-48) with the Brief Symptom Inventory (BSI) and the Outcome Questionnaire-45 (OQ-45). *Clinical Psychology and Psychotherapy* 24: 61-71. DOI: 10.1002/cpp.1978.

Clark, DM; Canvin, L; Green, J; Layard, R; Pilling, S; Janecka, M (2018): Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. *The Lancet* 391(10121): 679-686. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32133-5.

vertraulich

Conijn, JM; Franz, G; Emons, WHM; de Beurs, E; Carlier, IVE (2019): The Assessment and Impact of Careless Responding in Routine Outcome Monitoring within Mental Health Care. *Multivariate Behavioral Research* 54(4): 593-611. DOI: 10.1080/00273171.2018.1563520.

Constantino, MJ; Coyne, AE; Boswell, JF; Iles, BR; Vîslă, A (2018a): A Meta-Analysis of the Association Between Patients' Early Perception of Treatment Credibility and Their Posttreatment Outcomes. *Psychotherapy* 55(4): 486-495. DOI: 10.1037/pst0000168.

Constantino, MJ; Vîslă, A; Coyne, AE; Boswell, JF (2018b): A Meta-Analysis of the Association Between Patients' Early Treatment Outcome Expectation and Their Posttreatment Outcomes. *Psychotherapy* 55(4): 473-485. DOI: 10.1037/pst0000169.

Crameri, A; Schuetz, C; Andreae, A; Koemeda, M; Schulthess, P; Tschuschke, V; et al. (2016): The Brief Symptom Inventory and the Outcome Questionnaire-45 in the Assessment of the Outcome Quality of Mental Health Interventions. *Psychiatry Journal* 2016. Article ID 7830785 DOI: 10.1155/2016/7830785.

Crits-Christoph, P; Gibbons, MBC; Mukherjee, D (2013): Psychotherapy Process-Outcome Research. Part II, Chapter 9. In: Lambert, MJ: *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change.* Sixth Edition. Hoboken, US-NJ: Wiley, 298-341. ISBN: 978-1-118-03820-8.

Cuijpers, P; Li, J; Hofmann, SG; Andersson, G (2010): Self-reported versus clinician-rated symptoms of depression as outcome measures in psychotherapy research on depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 30(6): 768-778. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.06.001.

Cuijpers, P; Weitz, E; Twisk, J; Kuehner, C; Cristea, I; David, D; et al. (2014): Gender as Predictor and Moderator of Outcome in Cognitive Behavior Therapy and Pharmacotherapy for Adult Depression: An "Individual Patient Data" Meta-Analysis. *Depression and Anxiety* 31(11): 941-951. DOI: 10.1002/da.22328.

Cuijpers, P; Reijnders, M; Karyotaki, E; de Wit, L; Ebert, DD (2018a): Negative effects of psychotherapies for adult depression: A meta-analysis of deterioration rates. *Journal of Affective Disorders* 239: 138-145. DOI: 10.1016/j.jad.2018.05.050.

Cuijpers, P; Karyotaki, E; Reijnders, M; Huibers, MJH (2018b): Who benefits from psychotherapies for adult depression? A meta-analytic update of the evidence. *The Cognitive Behaviour Therapy* 47(2): 91-106. DOI: 10.1080/16506073.2017.1420098.

Cuijpers, P; Reijnders, M; Huibers, MJH (2019): The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology* 15(1): 207-231. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424.

Cuijpers, P (2019): Targets and outcomes of psychotherapies for mental disorders: an overview. *World Psychiatry* 18(3): 276-285. DOI: 10.1002/wps.20661.

Da Costa, CP; Padoan, CS; Hauck, S; Teche, SP; Eizirik, CL (2019): What is the appropriate time to measure outcome and process factors in psychodynamic psychotherapy? *Trends in Psychiatry and Psychotherapy* 41(2): 112-120. DOI: 10.1590/2237-6089-2017-0151.

vertraulich

de Felice, G; Giuliani, A; Halfon, S; Andreassi, S; Paoloni, G; Orsucci, FF (2019): The misleading Dodo Bird verdict. How much of the outcome variance is explained by common and specific factors? *New Ideas in Psychology* 54: 50-55. DOI: 10.1016 j .ncwidcapsych.2019.01.006.

De Jong, K; Timman, R; Hakkaart-Van Roijen, L; Vermeulen, P; Kooiman, K; Passchier, J; et al. (2014): The effect of outcome monitoring feedback to clinicians and patients in short and long-term psychotherapy: a randomized controlled trial. *Psychotherapy Research* 24(6): 629-639. DOI: 10.1080/10503307.2013.871079.

De Smet, M (2019): Opening the black box of psychotherapy outcome : A mixed methods study on patients' perspectives [*Dissertation*]. Ghent, BE: Ghent University, Faculty of Psychology and Educational Sciences. [unveröffentlicht; auf Nachfrage vom Autor zugesandt].

Degnan, A; Seymour-Hyde, A; Harris, A; Berry, K (2016): The Role of Therapist Attachment in Alliance and Outcome: A Systematic Literature Review. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 23(1): 47-65. DOI: 10.1002/cpp.1937.

Dewar, M; Paradis, A; Fortin, CA (2020): Identifying Trajectories and Predictors of Response to Psychotherapy for Post-Traumatic Stress Disorder in Adults: A Systematic Review of Literature. *The Canadian Journal of Psychiatry* 65(2): 71-86. DOI: 10.1177/0706743719875602.

DGBS [Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2019): AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion 2.0. Update vom Februar 2019. Frankfurt am Main [u. a.]: DGBS [u. a.]. URL: http://www.leitlinie-bipolar.de/wp-content/uploads/2019/04/S3_Leitlinie-Bipolar_V2_Update_Maerz2019.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).

DGfS [Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung] (2018): AWMF-Registernummer 138-001. S3-Leitlinie: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung [*Langfassung*]. Version: 1.1. Stand: 22.02.2019. Hamburg [u. a.]: DGfS [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001l_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).

DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; DGSPJ [Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin] (2017): AWMF-Registernummer 028-045. S3-Leitlinie: Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter [*Langfassung*]. Berlin [u. a.]: DGKJP [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045l_S3_ADHS_2018-06.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).

DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie]; DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und

vertraulich

Psychotherapie] (2018): AWMF-Registernummer 051-026. S3-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Essstörungen [*Langfassung*]. Stand: 31.05.2018. Berlin [u. a.]: DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026l_S3_Essstoerung-Diagnostik-Therapie_2019-01.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).

DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; NVL-Programm von BÄK [Bundesärztekammer]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften] (2017): AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression [*Langfassung*]. 2. Auflage, 2015. Version 5. [Stand:] März 2017. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. DOI: 10.6101/AZQ/000364.

DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde], (2019): AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie [*Langfassung*]. Stand: 15.03.2019. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-009l_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).

Driessen, E; Van, HL; Peen, J; Don, FJ; Twisk, JWR; Cuijpers, P; et al. (2017): Cognitive-Behavioral Versus Psychodynamic Therapy for Major Depression: Secondary Outcomes of a Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 85(7): 653-663. DOI: 10.1037/ccp0000207.

Duncan, BL; Reese, RJ (2015): The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS) Revisiting the Client's Frame of Reference. *Psychotherapy* 52(4): 391-401. DOI: 10.1037/pst0000026.

Elliott, R; Bohart, AC; Watson, JC; Murphy, D (2018): Therapist Empathy and Client Outcome: An Updated Meta-Analysis. *Psychotherapy* 55(4): 399-410. DOI: 10.1037/pst0000175.

Enck, P; Zipfel, S (2019): Placebo Effects in Psychotherapy: A Framework. *Frontiers in Psychiatry* 10:456. DOI: 10.3389/fpsyt.2019.00456.

Eppel, A (2018): A Critical Review of Psychotherapy Research. Chapter 4. In: Eppel, A: *Short-Term Psychodynamic Psychotherapy.* Cham, CH: Springer, 71-93. DOI: 10.1007/978-3-319-74995-2_4.

Epping, J; de Zwaan, M; Geyer, S (2017a): Gesünder nach der Psychotherapie? Sekundärdatenanalyse der Arbeitsunfähigkeitszeiten vor und nach ambulanter Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 68: 337-345. DOI: 10.1055/s-0043-120346.

Epping, J; Muschik, D; Geyer, S (2017b): Social inequalities in the utilization of outpatient psychotherapy: analyses of registry data from German statutory health insurance. *International Journal for Equity in Health* 16:147. DOI: 10.1186/s12939-017-0644-5.

vertraulich

Evans, C; Mellor-Clark, J; Margison, F; Barkham, M; Audin, K; Connell, J; et al. (2000): CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation. *Journal of Mental Health* 9(3): 247-255. DOI: 10.1080/jmh.9.3.247.255.

Evans, LJ; Beck, A; Burdett, M (2017): The effect of length, duration, and intensity of psychological therapy on CORE global distress scores. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 90(3): 389-400. DOI: 10.1111/papt.12120.

Farber, BA; Suzuki, JY; Lynch, DA (2018): Positive Regard and Psychotherapy Outcome: A Meta-Analytic Review. *Psychotherapy* 55(4): 411-423. DOI: 10.1037/pst0000171.

Fava, GA; Guidi, J; Rafanelli, C; Rickels, K (2017): The Clinical Inadequacy of the Placebo Model and the Development of an Alternative Conceptual Framework. *Psychotherapy and Psychosomatics* 86(6): 332-340. DOI: 10.1159/000480038.

Finch, AE; Lambert, MJ; Schaalje, BG (2001): Psychotherapy Quality Control: The Statistical Generation of Expected Recovery Curves for Integration into an Early Warning System. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 8(4): 231-242. DOI: 10.1002/cpp.286.

Finegan, M; Firth, N; Wojnarowski, C; Delgadillo, J (2018): Associations between socioeconomic status and psychological therapy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety* 35(6): 560-573. DOI: 10.1002/da.22765.

Flückiger, C; Del Re, AC; Wampold, BE; Horvath, AO (2018): The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy* 55(4): 316-340. DOI: 10.1037/pst0000172.

Franke, P; Schleu, A; Hillebrand, V; Welther, M; Straus, B (2016): Beschwerden über Fehlverhalten in der Psychotherapie, Teil 1. Quantitative und qualitative Analyse der Dokumentation des Vereins Ethik in der Psychotherapie 2006–2015. *Psychotherapeut* 61(6): 507-515. DOI: 10.1007/s00278-016-0134-z.

Gaebel, W; Zielasek, J; Kowitz, S (2016): Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung. Eine Analyse von Sekundärdaten. *Der Nervenarzt* 87(11): 1201-1210. DOI: 10.1007/s00115-016-0168-z.

Gelso, CJ; Kivlighan, DM; Markin, RD (2018): The Real Relationship and Its Role in Psychotherapy Outcome: A Meta-Analysis. *Psychotherapy* 55(4): 434-444. DOI: 10.1037/pst0000183.

Gmeinwieser, S; Kuhlencord, M; Ruhl, U; Hagmayer, Y; Probst, T (2020): Early developments in general change mechanisms predict reliable improvement in addition to early symptom trajectories in cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy Research* 30(3-4): 462-473. DOI: 10.1080/10503307.2019.1609709.

Groschwitz, RC; Fegert, JM; Plener, PL (2017): Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage. *Psychotherapeut* 62(1): 12-17. DOI: 10.1007/s00278-016-0157-5.

vertraulich

Hannich, HJ; Barz, R; Peikert, G (2019): Gründe für das Nichtzustandekommen von Psychotherapien. *Psychotherapeut* 64(2): 153-158. DOI: 10.1007/s00278-019-0337-1.

Harmon, SC; Lambert, MJ; Smart, DM; Hawkins, E; Nielsen, SL; Slade, K; et al. (2007): Enhancing outcome for potential treatment failures: Therapist-client feedback and clinical support tools. *Psychotherapy Research* 17(4): 379-392. DOI: 10.1080/10503300600702331.

Hatfield, DR; Ogles, BM (2007): Why Some Clinicians Use Outcome Measures and Others Do Not. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 34: 283-291. DOI: 10.1007/s10488-006-0110-y.

Hatfield, DR; McCullough, L; Frantz, SHB; Krieger, K (2010): Do we Know When our Clients Get Worse? An Investigation of Therapists' Ability to Detect Negative Client Change. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 17(1): 25-32. DOI: 10.1002/cpp.656.

Heddaeus, D; Steinmann, M; Liebherz, S; Härter, M; Watzke, B (2015): psychenet – Hamburger Netz psychische Gesundheit: Evaluation des Gesundheitsnetzes Depression aus Sicht der teilnehmenden Hausärzte, Psychotherapeuten und Psychiater. *Psychiatrische Praxis* 42(Suppl. 1): S54-S59. DOI: 10.1055/s-0034-1387688.

Heinonen, E; Nissen-Lie, HA (2020): The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: a systematic review. *Psychotherapy Research* 30(3-4): 417-432. DOI: 10.1080/10503307.2019.1620366.

Hill, CE; Chui, H; Baumann, E (2013): Revisiting and Reenvisioning the Outcome Problem in Psychotherapy: An Argument to Include Individualized and Qualitative Measurement. *Psychotherapy* 50(1): 68-76. DOI: 10.1037/a0030571.

Howard, KI; Lueger, RJ; Maling, MS; Martinovich, Z (1993): A Phase Model of Psychotherapy Outcome: Causal Mediation of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61(4): 678-685. DOI: 10.1037/0022-006X.61.4.678.

Howard, KI; Moras, K; Brill, PL; Martinovich, Z; Lutz, W (1996): Evaluation of Psychotherapy. Efficacy, Effectiveness, and Patient Progress. *American Psychologist* 51(10): 1059-1064. DOI: 10.1037/0003-066X.51.10.1059.

Huber, D; Zimmermann, J; Klug, G (2017): Change in Personality Functioning During Psychotherapy for Depression Predicts Long-Term Outcome. *Psychoanalytic Psychology* 34(4): 434-445. DOI: 10.1037/pap0000129.

Huibers, MJH; Cuijpers, P (2015): Common (Nonspecific) Factors in Psychotherapy. Volume 2. In: Cautin, RL; Lilienfeld, SO: *The Encyclopedia of Clinical Psychology.* Hoboken, US-NJ: Wiley, 681-687. ISBN: 978-1-11862-539-2.

Huibers, MJH; Cohen, ZD; Lemmens, LHM; Arntz, A; Peeters, FPML; Cuijpers, P; et al. (2015): Predicting Optimal Outcomes in Cognitive Therapy or Interpersonal Psychotherapy for Depressed Individuals Using the Personalized Advantage Index Approach. *PLoS ONE* 10(11): e0140771. DOI: 10.1371/journal.pone.0140771.

vertraulich

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019a): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Anhang zum Zwischenbericht. Stand: 28.02.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_QS-Verfahren-zur-ambulanten-Psychotherapie_Zwischenbericht-Anhang_2019-02-28.pdf (abgerufen am: 12.02.2021).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019b): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell. Stand: 28.02.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_QS-Verfahren-zur-ambulanten-Psychotherapie_Zwischenbericht_2019-02-28-barrierefrei.pdf (abgerufen am: 12.02.2021).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020): Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Zwischenbericht. Stand: 02.03.2020. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].

Jacobi, F; Becker, M; Bretschneider, J; Mullender, S; Thom, J; Hapke, U; et al. (2016): Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen. Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte. *Der Nervenarzt* 87(11): 1211-1221. DOI: 10.1007/s00115-016-0147-4.

Jacobson, NS; Roberts, LJ; Berns, SB; McGlinchey, JB (1999): Methods for Defining and Determining the Clinical Significance of Treatment Effects: Description, Application, and Alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67(3): 300-307. DOI: 10.1037/0022-006X.67.3.300.

Jennissen, S; Huber, J; Ehrenthal, JC; Schauenburg, H; Dinger, U (2018): Association Between Insight and Outcome of Psychotherapy: Systematic Review and Meta-Analysis. *The American Journal of Psychiatry* 175(10): 961-969. DOI: 10.1176/appi.ajp.2018.17080847.

Jobst, A; Brakemeier, E-L; Buchheim, A; Caspar, F; Cuijpers, P; Ebmeier, KP; et al. (2016): European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe. *European Psychiatry* 33: 18-36. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.12.003.

Kammerer, K; Falk, K; Heintze, C; Döpfmer, S; Heusinger, J (2019): Hindernisse und Voraussetzungen für die Vermittlung älterer, depressiv erkrankter Menschen in Psychotherapie aus Sicht von HausärztInnen. *Das Gesundheitswesen* 81: 58-62. DOI: 10.1055/s-0042-116589.

Kazantzis, N; Luong, HK; Usatoff, AS; Impala, T; Yew, RY; Hofmann, SG (2018): The Processes of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-Analyses. *Cognitive Therapy and Research* 42(4): 349-357. DOI: 10.1007/s10608-018-9920-y.

Kendall, T (2019): Outcomes help map out evidence in an uncertain terrain, but they are relative. *World Psychiatry* 18(3): 293-295. DOI: 10.1002/wps.20668.

vertraulich

Kishita, N; Laidlaw, K (2017): Cognitive behaviour therapy for generalized anxiety disorder: Is CBT equally efficacious in adults of working age and older adults? *Clinical Psychology Review* 52: 124-136. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.01.003.

Kolovos, S; Kleiboer, A; Cuijpers, P (2016): Effect of psychotherapy for depression on quality of life: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 209(6): 460-468. DOI: 10.1192/bjp.bp.115.175059.

Körner, M; Maschke, B; Janssen, C (2014): Social Determinants of the Utilization of Psychotherapeutic Care in Germany. Chapter 15. In: Janssen, C; Ladebeck, N; von Lengerke, T: *Health Care Utilization in Germany. Theory, Methodology and Results.* New York, US-NY: Springer, 279-344. ISBN: 978-1-4614-9190-3.

Kraus, D; Castonguay, LG (2010): Treatment Outcome Package (TOP) – Development and use in Naturalistic Settings. Chapter 7 In: Barkham, M; Hardy, GE; Mellor-Clark, J; Hrsg,: *Developing and Delivering Practice-Based Evidence: A Guide for the Psychological Therapies.* Chicester, GB: Wiley, 155-174. ISBN: 978-0-470-03234-3.

Krebs, P; Norcross, JC; Nicholson, JM; Prochaska, JO (2018): Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology* 74(11): 1964-1979. DOI: 10.1002/jclp.22683.

Lambert, MJ (1992): Psychotherapy Outcome Research: Implications for Integrative and Eclectical Therapists. Chapter 3. In: Norcross, JC; Goldfield, MR; Hrsg.: *Handbook of Psychotherapy Integration.* New York, US-NY: Basic Books, 94-129. ISBN: 0-465-02879-9.

Lambert, MJ; Whipple, JL; Smart, DW; Vermeersch, DA; Nielsen, SL; Hawkins, EJ (2001): The Effects of Providing Therapists With Feedback on Patient Progress During Psychotherapy: Are Outcomes Enhanced? *Psychotherapy Research* 11(1): 49-68. DOI: 10.1080/713663852.

Lambert, MJ; Hannöver, 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.

Lambert, MJ; Hawkins, EJ (2004): Measuring Outcome in Professional Practice: Considerations in Selecting and Using Brief Outcome Instruments. *Professional Psychology: Research and Practice* 35(5): 492-499. DOI: 10.1037/0735-7028.35.5.492.

Lambert, MJ; Harmon, C; Slade, K; Whipple, JL; Hawkins, EJ (2005): Providing Feedback to Psychotherapists on Their Patients' Progress: Clinical Results and Practice Suggestions. *Journal of Clinical Psychology* 61(2): 165-174. DOI: 10.1002/jclp.20113.

Lambert, MJ (2010): Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice. Washington, US-DC: APA [American Psychological Association]. ISBN: 978-1-4338-0782-4.

Lambert, MJ; Shimokawa, K (2011): Collecting Client Feedback. *Psychotherapy* 48(1): 72-79. DOI: 10.1037/a0022238.

vertraulich

Lambert, MJ (2013): The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. Part II, Chapter 6. In: Lambert, MJ: *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change.* Sixth Edition. Hoboken, US-NJ: Wiley, 169-218. ISBN: 978-1-118-03820-8.

Lambert, MJ (2017): Maximizing Psychotherapy Outcome beyond Evidence-Based Medicine. *Psychotherapy and Psychosomatics* 86(2): 80-89. DOI: 10.1159/000455170.

Lambert, MJ; Whipple, JL; Kleinstäuber, M (2018): Collecting and Delivering Progress Feedback: A Meta-Analysis of Routine Outcome Monitoring. *Psychotherapy* 55(4): 520-537. DOI: 10.1037/pst0000167.

Langkaas, TF; Wampold, BE; Hoffart, A (2018): Five Types of Clinical Difference to Monitor in Practice. *Psychotherapy* 55(3): 241-254. DOI: 10.1037/pst0000194.

Lavik, KO; Frøysa, H; Brattebø, KF; McLeod, J; Moltu, C (2018): The First Sessions of Psychotherapy: A Qualitative Meta-Analysis of Alliance Formation Processes. *Journal of Psychotherapy Integration* 28(3): 348-366. DOI: 10.1037/int0000101.

Laws, KR; Darlington, N; Kondel, TK; McKenna, PJ; Jauhar, S (2018): Cognitive Behavioural Therapy for schizophrenia - outcomes for functioning, distress and quality of life: a meta-analysis. *BMC: Psychology* 6:32. DOI: 10.1186/s40359-018-0243-2.

Leichsenring, F; Steinert, C; Ioannidis, JPA (2019): Toward a paradigm shift in treatment and research of mental disorders. *Psychological Medicine* 49(13): 2111-2117. DOI: 10.1017/S0033291719002265.

Levy, KN; Kivity, Y; Johnson, BN; Gooch, CV (2018): Adult attachment as a predictor and moderator of psychotherapy outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology* 74(11): 1996-2013. DOI: 10.1002/jclp.22685.

Linardon, J; Brennan, L (2017): The effects of cognitive-behavioral therapy for eating disorders on quality of life: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders* 50(7): 715-730. DOI: 10.1002/eat.22719.

Lincoln, T; Pedersen, A; Hahlweg, K; Wiedl, KH; Frantz, I (2019): Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen. (Evidenzbasierte Leitlinien Psychotherapie, Band 5). Göttingen: Hogrefe. ISBN: 978-3-8017-2883-0.

Linden, M; Schermuly-Haupt, M-L (2014): Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects. *World Psychiatry* 13(3): 306-309. DOI: 10.1002/wps.20153.

Lingiardi, V; Muzi, L; Tanzilli, A; Carone, N (2018): Do therapists' subjective variables impact on psychodynamic psychotherapy outcomes? A systematic literature review. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 25(1): 85-101. DOI: 10.1002/cpp.2131.

Loerinc, AG; Meuret, AE; Twohig, MP; Rosenfield, D; Bluett, EJ; Craske, MG (2015): Response rates for CBT for anxiety disorders: Need for standardized criteria. *Clinical Psychology Review* 42: 72-82. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.08.004.

vertraulich

Lutz, W; Clausen, SA; Deisenhofer, A-K (2019): Perspektiven einer evidenzbasierten und personalisierten Psychotherapie. Der Trierer Therapie Navigator (TTN). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 48: 79-89. DOI: 10.1026/1616-3443/a000518.

Mander, J; Neubauer, AB; Schlarb, A; Teufel, M; Bents, H; Hautzinger, M; et al. (2017): The therapeutic alliance in different mental disorders: A comparison of patients with depression, somatoform, and eating disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 90(4): 649-667. DOI: 10.1111/papt.12131.

McClelland, NC (2014): The Dodo Bird Verdict? It Depends: The Effect of Theoretical Modality on Psychotherapy Outcome Data [*Dissertation*]. New York: St. John's University, Faculty Department of Psychology.

Merkouris, SS; Thomas, SA; Browning, CJ; Dowling, NA (2016): Predictors of outcomes of psychological treatments for disordered gambling: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 48: 7-31. DOI: 10.1016/j.cpr.2016.06.004.

Miller, SD; Duncan, BL; Brown, J; Sparks, JA; Claud, DA (2003): The Outcome Rating Scale: A Preliminary Study of the Reliability, Validity, and Feasibility of a Brief Visual Analog Measure. *Journal of Brief Therapy* 2(2): 91-100. URL: https://scottdmiller.com/wp-content/uploads/documents/OutcomeRatingScale-JBTv2n2.pdf (abgerufen am: 27.11.2019).

Mohr, DC (1995): Negative Outcome in Psychotherapy: A Critical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2(1): 1-27. DOI: 10.1111/j.1468-2850.1995.tb00022.x.

Moltu, C; Veseth, M; Stefansen, J; Nøtnes, JC; Skjølberg, Å; Binder, P-E; et al. (2018): This is what I need a clinical feedback system to do for me: A qualitative inquiry into therapists' and patients' perspectives. *Psychotherapy Research* 28(2): 250-263. DOI: 10.1080/10503307.2016.1189619.

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2006 [2014]): NICE Clinical Guideline CG31. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 1-85433-430-1. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg31/evidence/full-guideline-pdf-194883373 (abgerufen am: 11.07.2018).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2010 [2018]): NICE Clinical Guideline CG90. Depression. The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition) [*Full Guideline*]. [Stand:] April 2018. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-904671-85-5. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guidline-pdf-4840934509 (abgerufen am: 09.07.2018).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2018]-a): NICE Clinical Guideline CG113. Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary, and Community Care [*Full Guideline*]. Last Updated: Juni 2018. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-904671-42-8. URL:

vertraulich

https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/evidence/anxiety-full-guidance-pdf-136340461 (abgerufen am: 11.07.2018).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2018]-b): NICE Clinical Guideline CG123. Common Mental Health Disorders. Identification and Pathways to Care [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-31-4. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg123/evidence/full-guideline-pdf-181771741 (abgerufen am: 11.07.2018).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2012 [2016]): NICE Clinical Guideline CG133. Self-Harm: Longer-Term Management [*Full Guideline*]. Leicester, GB [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-pdf-184901581 (abgerufen am: 11.07.2018).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2013 [2017]): NICE Clinical Guideline CG159. Social Anxiety Disorder. Recognition, Assessment and Treatment [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-909726-03-1. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg159/evidence/full-guideline-pdf-189895069 (abgerufen am: 11.07.2018).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2014 [2018]): NICE Clinical Guideline CG185. Bipolar Disorder. The assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care. Updated Edition [*Full Guideline*]. Last Updated: April 2018. London, GB: NCCMH. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/evidence/full-guideline-pdf-4840895629 (abgerufen am: 09.07.2018).

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2019): NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder [*Guidance*]. Published: 05.12.2018, © NICE 2019. London, GB: NICE. ISBN: 978-1-4731-3181-1. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/resources/posttraumatic-stress-disorder-pdf-66141601777861 (abgerufen am: 03.02.2020).

Nieuwenhuijsen, K; Faber, B; Verbeek, JH; Neumeyer-Gromen, A; Hees, HL; Verhoeven, AC; et al. (2014): Interventions to improve return to work in depressed people (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (12). Art. No.: CD006237. DOI: 10.1002/14651858.CD006237.pub3.

Norcross, J (2011): Psychotherapy Relationships that Work. 2. Oxford, GB: Oxford University Press. ISBN: 978-0-19-973720-8.

Nübling, R; Schmidt, J (1998): Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Grundlagen, Realisierungsansätze, künftige Aufgaben. In: Laireiter, A-P; Vogel, H: *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch.* Tübingen: dgvt-Verlag, 49-74. ISBN: 978-3-87159-019-1.

vertraulich

O'Keeffe, J; Conway, R; McGuire, B (2017): A systematic review examining factors predicting favourable outcome in cognitive behavioural interventions for psychosis. *Schizophrenia Research* 183: 22-30. DOI: 10.1016/j.schres.2016.11.021.

Ogles, BM (2013): Measuring Change in Psychotherapy Research. Part I, Chapter 5. In: Lambert, MJ: *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change.* Sixth Edition. Hoboken, US-NJ: Wiley, 134-166. ISBN: 978-1-118-03820-8

Orlinsky, DE; Rønnestad, MH; Willutzki, U (2004): Fifty Years of Psychotherapy Process–outcome Research: Continuity and Change. Section 2, Chapter 8. In: Lambert, MJ; Hrsg.: *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change.* Fifth Edition. New York, US-NY: Wiley, 307-389. ISBN: 978-0-471-37755-9

Pieper, D; Jülich, F; Antoine, S-L; Bächle, C; Chernyak, N; Genz, J; et al. (2015): Studies analysing the need for health-related information in Germany – a systematic review. *BMC: Health Services Research* 15:407. DOI: 10.1186/s12913-015-1076-9.

Porter, E; Chambless, DL (2015): A systematic review of predictors and moderators of improvement in cognitive-behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia. *Clinical Psychology Review* 42: 179-192. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.09.004.

Priebe, S; Conneely, M; McCabe, R; Bird, V (2020): What can clinicians do to improve outcomes across psychiatric treatments: a conceptual review of non-specific components. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 29: e48: 1-8. DOI: 10.1017/s2045796019000428.

Prinsen, CAC; Vohra, S; Rose, MR; Boers, M; Tugwell, P; Clarke, M; et al. (2016): How to select outcome measurement instruments for outcomes included in a "Core Outcome Set" — a practical guideline *Trials* 17:449. DOI: 10.1186/s13063-016-1555-2.

Qaseem, A; Barry, MJ; Kansagara, D (2016): Nonpharmacologic Versus Pharmacologic Treatment of Adult Patients With Major Depressive Disorder: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine* 164(5): 350-359. DOI: 10.7326/M15-2570

Rief, W; Hofmann, SG (2018): Some problems with non-inferiority tests in psychotherapy research: psychodynamic therapies as an example. *Psychological Medicine* 48(8): 1392-1394. DOI: 10.1017/s0033291718000247.

Riemann, D; Baum, E; Cohrs, S; Crönlein, T; Hajak, G; Hertenstein, E; et al. (2017): AWMF-Registernummer 063-003. S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen", Update 2016 [*Langfassung*]. Version 2.0. [Stand:] Dezember 2017. Schwalmstadt-Treysa: DGSM [Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/063-003l_S3_Insomnie-Erwachsene_2018-02.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).

Rise, MB; Eriksen, L; Grimstad, H; Steinsbekk, A (2016): The long-term effect on mental health symptoms and patient activation of using patient feedback scales in mental health out-patient treatment. A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling* 99(1): 164-168. DOI: 10.1016/j.pec.2015.07.016.

vertraulich

Rousmaniere, T; Wright, CV; Boswell, J; Constantino, MJ; Castonguay, L; McLeod, J; et al. (2020): Keeping Psychologists in the Driver's Seat: Four Perspectives on Quality Improvement and Clinical Data Registries. *Psychotherapy* 57(4): 562–573. DOI: 10.1037/pst0000227.

Rubel, JA; Rosenbaum, D; Lutz, W (2017a): Patients' in-session experiences and symptom change: Session-to-session effects on a within- and between-patient level. *Behaviour Research and Therapy* 90: 58-66. DOI: 10.1016/j.brat.2016.12.007.

Rubel, JA; Zimmermann, D; Müller, V; Lutz, W (2017b): Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 67(9-10): 436-448. DOI: 10.1055/s-0043-103272.

Rubel, JA; Zilcha-Mano, S; Giesemann, J; Prinz, J; Lutz, W (2020): Predicting personalized process-outcome associations in psychotherapy using machine learning approaches – A demonstration. *Psychotherapy Research* 30(3): 300-309. DOI: 10.1080/10503307.2019.1597994.

Sandell, R (2015): Rating the outcomes of psychotherapy or psychoanalysis using the Change After Psychotherapy (CHAP) scales. Manual and Commentary. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome* 18(2): 32-49. DOI: 10.7411/RP.2015.111.

Schawohl, A; Odenwald, M (2018): Häufigkeit und Risikofaktoren des Therapieabbruchs in einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz: Der Einfluss von riskantem Alkoholkonsum zu Therapiebeginn. *Verhaltenstherapie* 28(4): 222-228. DOI: 10.1159/000492086.

Scheidt, CE; Brockmann, J; Caspar, F; Rudolf, G; Stangier, U; Vogel, H (2012): Das Modellprojekt der Techniker-Krankenkasse: Eine Kommentierung der Ergebnisse aus der Sicht des wissenschaftlichen Projektbeirates. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 62(11): 405-412. DOI: 10.1055/s-0032-1321781.

Schneider, RL; Arch, JJ; Wolitzky-Taylor, KB (2015): The state of personalized treatment for anxiety disorders: A systematic review of treatment moderators. *Clinical Psychology Review* 38: 39-54. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.02.004.

Scholten, S; Velten, J; Kintscher, M; Pataki, A; Margraf, J (2018): Beschwerden über Psychotherapie und ihre Auswirkungen auf Patienten und Patientinnen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 68(09-10): 423-427. DOI: 10.1055/a-0597-5073.

Schubert, C; Voderholzer, U; Wolstein, J; Külz, AK; Schwartz, C (2018): Wirkfaktoren der kognitiven Verhaltenstherapie von Zwangsstörungen: Ein kritischer Überblick über den aktuellen Forschungsstand. *Verhaltenstherapie* 28(1): 35-43. DOI: 10.1159/000471809.

Schulte, D (1997): Dimensions of Outcome Measurement. Chapter 3. In: Strupp, HH; Horowitz, LM; Lambert, MJ; Hrsg.: *Measuring Patient Changes in Mood, Anxiety, and Personality Disorders. Toward a Core Battery.* Washington, US-DC: APA [American Psychological Association], 57-80. ISBN: 978-1-55798-414-2.

vertraulich

Schulz, H; Harfst, T; Andreas, S; Kawski, S; Koch, U; Rabung, S (2009): Zusammenhang zwischen Patienten- und Therapeuteneinschätzungen der Ergebnisqualität in der Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Erkrankungen am Beispiel des SF-8. *Die Rehabilitation* 48(5): 270-276. DOI: 10.1055/s-0029-1239549.

Sembill, A; Vocks, S; Kosfelder, J; Schöttke, H (2019): The phase model of psychotherapy outcome: Domain-specific trajectories of change in outpatient treatment. *Psychotherapy Research* 29(3-4): 541-552. DOI: 10.1080/10503307.2017.1405170.

Shattock, L; Berry, K; Degnan, A; Edge, D (2018): Therapeutic alliance in psychological therapy for people with schizophrenia and related psychoses: A systematic review. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 25(1): e60-e85. DOI: 10.1002/cpp.2135.

Shedler, J (2010): The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist* 65(2): 98-109. DOI: 10.1037/a0018378.

SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2012 [2018]): SIGN National Clinical Guideline 127. Management of perinatal mood disorders. [Stand:] March 2012 [2018]. Edinburgh, GB: SIGN. ISBN: 978-1-905813-86-5. URL: http://www.sign.ac.uk/assets/sign127_update.pdf (abgerufen am: 11.07.2018).

Simon, W; Lambert, MJ; Harris, MW; Busath, G; Vazquez, A (2012): Providing patient progress information and clinical support tools to therapists: Effects on patients at risk of treatment failure. *Psychotherapy Research* 22(6): 638-647. DOI: 10.1080/10503307.2012.698918.

Slade, K; Lambert, MJ; Harmon, SC; Smart, DW; Bailey, R (2008): Improving Psychotherapy Outcome: The Use of Immediate Electronic Feedback and Revised Clinical Support Tools. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 15(5): 287-303. DOI: 10.1002/cpp.594.

Steinert, C; Munder, T; Rabung, S; Hoyer, J; Leichsenring, F (2017): Psychodynamic Therapy: As Efficacious as Other Empirically Supported Treatments? A Meta-Analysis Testing Equivalence of Outcomes. *The American Journal of Psychiatry* 174(10): 943-953. DOI: 10.1176/appi.ajp.2017.17010057.

Tarescavage, AM; Ben-Porath, YS (2014): Psychotherapeutic Outcomes Measures: A Critical Review for Practitioners. *Journal of Clinical Psychology* 70(9): 808-830. DOI: 10.1002/jclp.22080.

Tasca, GA; Angus, L; Bonli, R; Drapeau, M; Fitzpatrick, M; Hunsley, J; et al. (2019): Outcome and Progress Monitoring in Psychotherapy: Report of a Canadian Psychological Association Task Force. *Canadian Psychology* 60(3): 165-177. DOI: 10.1037/cap0000181.

Uhlmann, C; Flammer, E; Pfiffner, C; Grempler, J; Längle, G; Eschweiler, G-W; et al. (2017): Realisierung von Psychotherapieempfehlungen nach psychiatrischem Aufenthalt. Ergebnisse der PAKT-Studie Teil II. *Der Nervenarzt* 88(3): 275-281. DOI: 10.1007/s00115-016-0109-x.

VA/DoD [U. S. Department of Veterans Affairs]/[Department of Veterans Affairs Department of Defense] (2016): VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Major

vertraulich

Depressive Disorder. Version 3.0. Washington, US-DC: VA/DoD. URL: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/mdd/VADoDMDDCPGFINAL82916.pdf (abgerufen am: 12.07.2018).

VA/DoD [U.S. Department of Veterans Affairs]/[Department of Veterans Affairs Department of Defense] (2017): VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Version 3.0. [Stand:] June 2017. Washington, US-DC: VA/DoD. URL: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal.pdf (abgerufen am: 11.07.2018).

van Ommeren, M (2019): Targets and outcomes of psychological interventions: implications for guidelines and policy. *World Psychiatry* 18(3): 295-296. DOI: 10.1002/wps.20669.

Waffenschmidt, S; Janzen, T; Hausner, E; Kaiser, T (2013): Simple search techniques in PubMed are potentially suitable for evaluating the completeness of systematic reviews. *Journal of Clinical Epidemiology* 66(6): 660-665. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2012.11.011.

Walendzik, A; Rabe-Menssen, C; Lux, G; Wasem, J; Jahn, R (2014): Zur Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie – Ergebnisse einer Erhebung unter den Mitgliedern der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV). *Das Gesundheitswesen* 76(3): 135-146. DOI: 10.1055/s-0033-1343444.

Wampold, BE (2015): Routine Outcome Monitoring: Coming of Age—With the Usual Developmental Challenges. *Psychotherapy* 52(4): 458-462. DOI: 10.1037/pst0000037.

Wampold, BE; Imel, ZE (2018): Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht. 1. Auflage Bern, CH: Hogrefe. ISBN: 978-3-456-85681-0.

Whipple, JL; Lambert, MJ (2011): Outcome Measures for Practice. *Annual Review of Clinical Psychology* 7(1): 87-111. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-040510-143938.

WHO [World Health Organization] (2003): List of Member States by WHO region and mortality stratum. In: WHO; Hrsg.: *The World Health Report 2003: Shaping the Future.* Genf, CH: WHO, 182-184. ISBN: 92-4-156243-9. URL: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf (abgerufen am: 18.01.2017).

Wiegand, HF; Sievers, C; Schillinger, M; Godemann, F (2016): Major depression treatment in Germany-descriptive analysis of health insurance fund routine data and assessment of guideline-adherence. *Journal of Affective Disorders* 189: 246-253. DOI: 10.1016/j.jad.2015.09.013.

Windle, E; Tee, H; Sabitova, A; Jovanovic, N; Priebe, S; Carr, C (2020): Association of Patient Treatment Preference With Dropout and Clinical Outcomes in Adult Psychosocial Mental Health Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA: Psychiatry* 77(3): 294-302. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.3750.

Wojnarowski, C; Firth, N; Finegan, M; Delgadillo, J (2019): Predictors of depression relapse and recurrence after cognitive behavioural therapy: a systematic review and meta-analysis.

vertraulich

Behavioural and Cognitive Psychotherapy 47(5): 514-529. DOI: 10.1017/S1352465819000080.

Wucherpfennig, F; Boyle, K; Rubel, JA; Weinmann-Lutz, B; Lutz, W (2020): What sticks? Patients' perspectives on treatment three years after psychotherapy: A mixed-methods approach. *Psychotherapy Research* 30(5-6): 739-752. DOI: 10.1080/10503307.2019.1671630.

Zarafonitis-Müller, S; Kuhr, K; Bechdolf, A (2014): Der Zusammenhang der Therapeutenkompetenz und Adhärenz zum Therapieerfolg in der Kognitiven Verhaltenstherapie – metaanalytische Ergebnisse. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 82(9): 502-510. DOI: 10.1055/s-0034-1366798.

Ziem, M; Hoyer, J (2020): Modest, yet progressive: Effective therapists tend to rate therapeutic change less positively than their patients. *Psychotherapy Research* 30(3-4): 433-446. DOI: 10.1080/10503307.2019.1631502.

Zilcha-Mano, S (2019): Major developments in methods addressing for whom psychotherapy may work and why. *Psychotherapy Research* 29(5-6): 693-708. DOI: 10.1080/10503307.2018.1429691.

Zimmermann, D; Rubel, J; Page, AC; Lutz, W (2017): Therapist Effects on and Predictors of Non-Consensual Dropout in Psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 24(2): 312-321. DOI: 10.1002/cpp.2022.

vertraulich

Anhang B: Informationen für die fallbezogene QS-Dokumentation

Anhang B.1: Eingeschlossene Fachgruppencodes

Tabelle 1: Eingeschlossene Fachgruppencodes

Fachgruppencode	Bezeichnung
51	FA Nervenheilkunde; obsolet
51	FA Neurologie und Psychiatrie; obsolet
51	FA Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie; kammerindividuell; obsolet
58	FA Psychiatrie und Psychotherapie
58	FA Psychiatrie; obsolet
58	Schwerpunkt Geriatrie (Psychiatrie)
60	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
60	FA Psychotherapeutische Medizin; obsolet
60	FA Psychotherapie; neue Bundesländer, obsolet
61	Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Zusatzbezeichnung)
68	Psychologischer Psychotherapeut

Quelle: KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2019): Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern. [Stand:] 01.05.2019. Berlin: KBV. URL: https://www.kbv.de/media/sp/Arztnummern_Richtlinie.pdf (abgerufen am: 08.01.2021).

vertraulich

Anhang B.2: Einschlussdiagnosen nach ICD-10-GM

Tabelle 2: Eingeschlossene Diagnosen nach ICD-10-GM (Version 2021)

Schlüssel	Diagnose
F06.-	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
F07.-	Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns
F09	Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung
F10.-	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
F11.-	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide
F12.-	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
F13.-	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika
F14.-	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain
F15.-	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein
F16.-	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene
F17.-	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak
F18.-	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel
F19.-	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen
F20.-	Schizophrenie
F21	Schizotype Störung
F22.-	Anhaltende wahnhafte Störungen
F23.-	Akute vorübergehende psychotische Störungen
F24	Induzierte wahnhafte Störung
F25.-	Schizoaffektive Störungen
F28	Sonstige nichtorganische psychotische Störungen
F29	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose
F30.-	Manische Episode
F31.-	Bipolare affektive Störung
F32.-	Depressive Episode
F33.-	Rezidivierende depressive Störung

vertraulich

Schlüssel	Diagnose
F34.-	Anhaltende affektive Störungen
F38.-	Andere affektive Störungen
F39	Nicht näher bezeichnete affektive Störung
F40.-	Phobische Störungen
F41.-	Andere Angststörungen
F42.-	Zwangsstörung
F43.-	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F44.-	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]
F45.-	Somatoforme Störungen
F48.-	Andere neurotische Störungen
F50.-	Essstörungen
F51.-	Nichtorganische Schlafstörungen
F52.-	Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit
F53.-	Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert
F54	Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
F55.-	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen
F59	Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren
F60.-	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
F62.-	Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns
F63.-	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
F64.-	Störungen der Geschlechtsidentität
F65.-	Störungen der Sexualpräferenz
F66.-	Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung
F68.-	Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F69	Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung

vertraulich

Schlüssel	Diagnose
F80.-	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache
F81.-	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
F82.-	Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen
F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen
F84.-	Tief greifende Entwicklungsstörungen
F88	Andere Entwicklungsstörungen
F89	Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung
F90.-	Hyperkinetische Störungen
F91.-	Störungen des Sozialverhaltens
F92.-	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
F93.-	Emotionale Störungen des Kindesalters
F94.-	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F95.-	Ticstörungen
F98.-	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Psychische Störung ohne nähere Angabe

vertraulich

Anhang B.3: Ausschlussdiagnosen nach ICD-10-GM

Tabelle 3: Ausgeschlossene Diagnosen nach ICD-10-GM (Version 2021)

Schlüssel	Diagnose
F00.-*	Demenz bei Alzheimer-Krankheit (G30.-†)
F01.-	Vaskuläre Demenz
F02.-*	Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz
F04	Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
F05.-	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
F70.-	Leichte Intelligenzminderung
F71.-	Mittelgradige Intelligenzminderung
F72.-	Schwere Intelligenzminderung
F73.-	Schwerste Intelligenzminderung
F74.-	Dissoziierte Intelligenz
F78.-	Andere Intelligenzminderung
F79.-	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung

vertraulich

Anhang B.4: Liste der Gebührenordnungspositionen nach EBM Version 2021

Tabelle 4: Gebührenordnungspositionen (GOP) nach EBM für die Psychotherapie Version 2021

GOP	Leistungsbeschreibung
35401	Tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapie 1, Einzeltherapie
35402	Tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapie 2, Einzeltherapie
35405	Tiefenpsychologisch fundierte Langzeittherapie, Einzeltherapie
35411	Analytische Psychotherapie, Kurzzeittherapie 1, Einzeltherapie
35412	Analytische Psychotherapie, Kurzzeittherapie 2, Einzeltherapie
35415	Analytische Psychotherapie, Langzeittherapie, Einzeltherapie
35421	Verhaltenstherapie, Kurzzeittherapie 1, Einzeltherapie
35422	Verhaltenstherapie, Kurzzeittherapie 2, Einzeltherapie
35425	Verhaltenstherapie, Langzeittherapie, Einzeltherapie
35431	Systemische Therapie, Kurzzeittherapie 1, Einzeltherapie
35432	Systemische Therapie, Kurzzeittherapie 2, Einzeltherapie

vertraulich

Anhang B.5: Patienten- und Leistungsfilter

Tabelle 5: Filter zur prozessbegleitenden Auslösung des Dokumentationsbogens

Daten	Regel
Daten nach §§ 295, 295a SGB V	Alter ≥ 18 Jahre UND Behandlungsdatum UND GOP aller abgerechneten Leistungen nach Tabelle Gebührenordnungspositionen (GOP) nach EBM für die Psychotherapie bei Fachgruppencode 51, 58, 60, 61 oder 68 UND Diagnosen aus der Tabelle Eingeschlossene Diagnosen nach ICD-10-GM (Version 2021) UND Diagnosesicherheit = „G“

Tabelle 6: QS-Filter zur Auslösung der Übermittlungspflicht des Dokumentationsbogens

Daten	Regel
Daten nach §§ 295, 295a SGB V	Alter ≥ 18 Jahre UND mindestens eine Diagnose aus der Tabelle Eingeschlossene Diagnosen nach ICD-10-GM (Version 2021) bei Fachgruppencode 51, 58, 60, 61 oder 68 UND Diagnosesicherheit = „G“ UND GOP Zusatzziffer 88130 (Beendigung einer Psychotherapie ohne anschließende Rezidivprophylaxe) zum Therapieende in einem Behandlungsquartal im Indexjahr ODER GOP Zusatzziffer 88131 (Beendigung einer Psychotherapie mit anschließender Rezidivprophylaxe) zum Therapieende in einem Behandlungsquartal im Indexjahr

vertraulich

Tabelle 7: Fachgruppencodes

Fachgruppencode	Bezeichnung
68	Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut
Ärztliche Psychotherapeutin / Ärztlicher Psychotherapeut	
51	FA Nervenheilkunde; obsolet FA Neurologie und Psychiatrie; obsolet FA Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie; kammerindividuell; obsolet
58	FA Psychiatrie und Psychotherapie FA Psychiatrie; obsolet Schwerpunkt Geriatrie (Psychiatrie)
60	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie FA Psychotherapeutische Medizin; obsolet FA Psychotherapie; neue Bundesländer, obsolet
61	Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Zusatzbezeichnung)

vertraulich

Anhang B.6: Datenfelder der ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation

Tabelle 8: Datenfelder mit Ausfüllhinweisen fallbezogen, ambulant

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
1	Status des Leistungserbringers	1 = Vertragsarzt 2 = Leistungserbringung durch Vertragsärzte im Rahmen von Selektivverträgen 3 = Leistungserbringung durch psychologschen Psychotherapeuten 4 = Leistungserbringung durch psychologischen Psychotherapeuten im MVZ 5 = Leistungserbringung durch psychologischen Psychotherapeuten im Rahmen von Selektivverträgen	Das Datenfeld „Status des Leistungserbringers“ dient der Identifikation desjenigen, der die Behandlung durchführt. Handelt es sich bei dem durchführenden Arzt oder Psychologen um einen Vertragsarzt/Psychologen, der seine Leistung im Rahmen eines Selektivvertrages (§ 73c SGB V) erbringt, ist Schlüsselwert 2 zu wählen. Diese zusätzliche Kategorie ist aufgrund eines abweichenden Datenflusses erforderlich.
2	Art der Leistungserbringung	1 = ambulant vertragsärztlich erbrachte Leistung 2 = ambulant selektivvertraglich erbrachte Leistung 3 = ambulant erbrachte Leistung im MVZ	

vertraulich

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Art der Versicherung			
3	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	□□ http://www.arge-ik.de (erste zwei Ziffern des 9stelligen Kodes)	Das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. Achtung: Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
4	Institutionskennzeichen	http://www.arge-ik.de	
5	Betriebsstättennummer ambulant	□□□□□□□□□ BSNR (ambulant)	Die von der KV vergebene „Betriebsstätten-Nummer (BSNR)“ identifiziert die Arztpraxis als abrechnende Einheit und ermöglicht die Zuordnung ärztlicher Leistungen zum Ort der Leistungserbringung. Dabei umfasst der Begriff Arztpraxis auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Institute, Notfallambulanzen sowie Ermächtigungen von am Krankenhaus beschäftigten Ärzten. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
6	Nebenbetriebsstättennummer	□□□□□□□□□ NBSNR	Hier ist die NBSNR der Betriebsstätte (Belegabteilung/-krankenhaus) anzugeben, in der die ärztliche Leistung erbracht wurde.

vertraulich

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
7	lebenslange Arztnummer	□□□□□□□□□ LANR	Für die persönliche Kennzeichnung seiner Leistungen hat jeder Vertragsarzt und -psychotherapeut zum 1. Juli 2008 eine „Lebenslange Arztnummer“ (LANR) erhalten. Diese muss er bei jeder von ihm abgerechneten Leistung und Verordnung angeben. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
Patientin/Patient			
8	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer der Patientin / des Patienten	□□□□□□□□□□□□□□□□	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
9	Geburtsdatum	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	
10	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	
11	Beginn dieser Richtlinien-Therapie (GOP 35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35421, 35422, 35425, 35431, 35432, 35435)	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	
12	Welches psychotherapeutische Verfahren wurde angewendet?	□□□□□ GOP	Hier ist die verfahrensspezifische GOP der ersten Sitzung dieser Richtlinien-Psychotherapie anzugeben.

vertraulich

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Anfangsphase der Behandlung			
Diagnostik			
13	Wurde die Symptomatik erfasst?	0 = nein 1 = ja	Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten. Es können hier auch Ergebnisse aus der Diagnostik, die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik oder einer vorangegangenen Akutbehandlung beim selben Leistungserbringer. Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.
14	Wurde die biographische Anamnese erfasst?	0 = nein 1 = ja	Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten. Es können hier auch Ergebnisse aus der Diagnostik, die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik oder einer vorangegangenen Akutbehandlung beim selben Leistungserbringer. Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.

vertraulich

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
15	Wurde abgeklärt, ob psychische Komorbiditäten vorliegen?	0 = nein 1 = ja	Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten. Es können hier auch Ergebnisse aus der Diagnostik, die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik oder einer vorangegangenen Akutbehandlung beim selben Leistungserbringer. Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.
16	Wurde abgeklärt, ob somatische Komorbiditäten vorliegen?	0 = nein 1 = ja	Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten. Es können hier auch Ergebnisse aus der Diagnostik, die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik oder einer vorangegangenen Akutbehandlung beim selben Leistungserbringer. Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.

vertraulich

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
17	Wurde die Medikamentenanamnese erfasst?	0 = nein 1 = ja	Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten. Es können hier auch Ergebnisse aus der Diagnostik, die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik oder einer vorangegangenen Akutbehandlung beim selben Leistungserbringer. Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.
18	Wurde die Behandlungsgeschichte erfasst?	0 = nein 1 = ja	Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten. Es können hier auch Ergebnisse aus der Diagnostik, die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik oder einer vorangegangenen Akutbehandlung beim selben Leistungserbringer. Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.

vertraulich

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
19	Wurde abgeklärt, ob funktionale Einschränkungen vorliegen?	0 = nein 1 = ja	Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten. Es können hier auch Ergebnisse aus der Diagnostik, die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik oder einer vorangegangenen Akutbehandlung beim selben Leistungserbringer. Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.
20	Wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfasst?	0 = nein 1 = ja	Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten. Es können hier auch Ergebnisse aus der Diagnostik, die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik oder einer vorangegangenen Akutbehandlung beim selben Leistungserbringer. Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.

vertraulich

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
21	Wurde abgeklärt, ob ein Substanzmissbrauch vorliegt?	0 = nein 1 = ja	Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten. Es können hier auch Ergebnisse aus der Diagnostik, die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik oder einer vorangegangenen Akutbehandlung beim selben Leistungserbringer. Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.
22	Wurde abgeklärt, ob eine Suizidalität vorliegt?	0 = nein 1 = ja	Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten. Es können hier auch Ergebnisse aus der Diagnostik, die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik oder einer vorangegangenen Akutbehandlung beim selben Leistungserbringer. Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.

vertraulich

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
23	Wurde die Therapiemotivation der Patientin/des Patienten abgeklärt?	0 = nein 1 = ja	Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten.
24	Wurde die Passung zwischen Patientin/Patient und Psychotherapeutin/Psychotherapeut abgeklärt?	0 = nein 1 = ja	Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten.
25	Wurde eine verfahrensspezifische weitere Diagnostik durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten. Es können hier auch Ergebnisse aus der Diagnostik, die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik oder einer vorangegangenen Akutbehandlung beim selben Leistungserbringer. Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.

vertraulich

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
12	**Welches psychotherapeutische Verfahren wurde angewendet?**	□□□□□ **GOP**	Hier ist die verfahrensspezifische GOP der ersten Sitzung dieser Richtlinien-Psychotherapie anzugeben
26	Wurde ein, dem individuellen Behandlungsfall angemessenes, psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt? Fremd- und/oder Selbstbeurteilung	0 = nein 1 = ja	Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten. Die Entscheidung über die patientenindiviuelle Angemessenheit und den Einsatz eines konkreten standardisierten Testverfahrens liegt bei dem Psychotherapeuten / der Psychotherapeutin. Es können hier auch Ergebnisse aus der Diagnostik, die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik oder einer vorangegangenen Akutbehandlung beim selben Leistungserbringer. Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.
Wenn DF 26 = 1			
26.1>	Wurde ein standardisiertes Testverfahren durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten. Die Entscheidung über die patientenindiviuelle Angemessenheit und den Einsatz eines konkreten standardisierten Testverfahrens liegt bei dem Psychotherapeuten / der Psychotherapeutin.

vertraulich

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			Es können hier auch Ergebnisse aus der Diagnostik, die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik oder einer vorangegangenen Akutbehandlung beim selben Leistungserbringer. Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.
Wenn DF 26.1> = 1			
26.1.1>	Datum der Durchführung	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	Datum des ersten Testverfahrens
Wenn DF 26 = 1			
26.2>	Wurde ein psychometrisches Testverfahren durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten. Die Entscheidung über die patientenindiviuelle Angemessenheit und den Einsatz eines konkreten standardisierten Testverfahrens liegt bei dem Psychotherapeuten / der Psychotherapeutin. Es können hier auch Ergebnisse aus der Diagnostik, die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik oder einer vorangegangenen Akutbehandlung beim selben Leistungserbringer. Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.

vertraulich

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn DF 26.2> = 1			
26.2.1>	Datum der Durchführung	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	Datum des ersten Testverfahrens
Wenn DF 26 = 0			
26.3>	Aus welchem Grund wurde kein psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt?	0 = Patientin/Patient lehnte ab 1 = anderer Grund	
27	Wurde ein standardisier-tes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten. Die Entscheidung über die patientenindiviuelle Angemessenheit und den Einsatz eines konkreten standardisierten Testverfahrens liegt bei dem Psychotherapeuten / der Psychotherapeutin. Es können hier auch Ergebnisse aus der Diagnostik, die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik oder einer vorangegangenen Akutbehandlung beim selben Leistungserbringer. Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.

vertraulich

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn DF 27 = 1			
27.1>	Datum der Durchführung?	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	Datum des ersten Testverfahrens
Wenn DF 27 = 0			
27.2>	Aus welchem Grund wurde kein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt?	0 = Patientin/Patient lehnte ab 1 = anderer Grund	
28	Wurden in der Anfangsphase der Behandlung patientenindividuelle Therapieziele vereinbart?	0 = nein 1 = ja	Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten.
Wenn DF 28 = 1			
28.1>	Wurden die patientenindividuellen Therapieziele in der Patientenakte dokumentiert?	0 = nein 1 = ja	
Therapieverlauf			
29	Wurden die für diesen individuellen Behandlungsfall relevanten Dimensionen überprüft?	0 = nein 1 = ja	Der Therapieverlauf ist die Phase zwischen der Anfangsphase der Behandlung und der Abschlussphase. Er umfasst die Kernzeit der therapeutischen Intervention. Die Länge der Verlaufsphase wird patientenindividuell von dem Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin festgelegt.

vertraulich

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			Die behandlungsrelevanten Dimensionen entprechen denen, die in dem QI umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen (ID 43xx14) abgefragt werden. Für diesen Indikator sind nur die für diese individuelle Behandlung relevanten Dimensionen zu prüfen.
Wenn DF 29 = 1			
29.1>	Datum der Durchführung	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	
30	Wurde überprüft, ob die patienten-individuellen Therapieziele erreicht wurden?	0 = nein 1 = ja	Der Therapieverlauf ist die Phase zwischen der Anfangsphase der Behandlung und der Abschlussphase. Er umfasst die Kernzeit der therapeutischen Intervention. Die Länge der Verlaufsphase wird patientenindividuell von dem Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin festgelegt.
Wenn DF 30 = 1			
30.1>	Datum der Durchführung	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	
31	Wurden, sofern erforderlich, die patientenindividuellen Therapieziele angepasst?	0 = nein 1 = ja	Der Therapieverlauf ist die Phase zwischen der Anfangsphase der Behandlung und der Abschlussphase. Er umfasst die Kernzeit der therapeutischen Intervention. Die Länge der Verlaufsphase wird patientenindividuell von dem Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin festgelegt.

vertraulich

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn DF 31 = 1			
31.1>	Datum der Durchführung	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	
12	**Welches psychotherapeutische Verfahren wurde angewendet?**	□□□□□ **GOP**	Hier ist die verfahrensspezifische GOP der ersten Sitzung dieser Richtlinien-Psychotherapie anzugeben
32	Wurde ein, dem individuell Behandlungsfall angemessenes, psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt? Fremd- und/oder Selbstbeurteilung	0 = nein 1 = ja	Der Therapieverlauf ist die Phase zwischen der Anfangsphase der Behandlung und der Abschlussphase. Er umfasst die Kernzeit der therapeutischen Intervention. Die Länge der Verlaufsphase wird patientenindividuell von dem Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin. Die Entscheidung über die patientenindiviuelle Angemessenheit und den Einsatz eines konkreten standardisierten Messverfahrens liegt bei dem Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin.
Wenn DF 32 = 1			
32.1>	Wurde ein standardisiertes Testverfahren durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	Der Therapieverlauf ist die Phase zwischen der Anfangsphase der Behandlung und der Abschlussphase. Er umfasst die Kernzeit der therapeutischen Intervention. Die Länge der Verlaufsphase wird patientenindividuell von dem Psychotherapeuten/der Psychotherpeutin. Die Entscheidung über die patientenindiviuelle Angemenssenheit und den Einsatz eines konkreten standardisierten Messverfahrens liegt bei dem Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin.

vertraulich

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			Die standardisierten Instrumenten sollten möglichst denen, die in im Rahmen der Diagnostik angewendet wurden, entsprechen.
Wenn DF 32.1> = 1			
32.1.1>	Datum der Durchführung	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	
Wenn DF 32 = 1			
32.2>	Wurde ein psychometrisches Testverfahren durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	Der Therapieverlauf ist die Phase zwischen der Anfangsphase der Behandlung und der Abschlussphase. Er umfasst die Kernzeit der therapeutischen Intervention. Die Länge der Verlaufsphase wird patientenindividuell von dem Psychotherapeuten / der Psychotherpeutin. Die Entscheidung über die patientenindiviuelle Angemenssenheit und den Einsatz eines konkreten standardisierten Testverfahrens liegt bei dem Psychotherapeuten / der Psychotherapeutin. Die standardisierten Instrumente sollten möglichst denen, die in im Rahmen der Diagnostik angewendet wurden, entsprechen.
Wenn DF 32.2> = 1			
32.2.1>	Datum der Durchführung	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	

vertraulich

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn DF 32 = 0			
32.3>	Aus welchem Grund wurde kein psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt?	0 = Patientin/Patient lehnte ab 1 = anderer Grund	
33	Wurde ein standardisier-tes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	Der Therapieverlauf ist die Phase zwischen der Anfangsphase der Behandlung und der Abschlussphase. Er umfasst die Kernzeit der therapeutischen Intervention. Die Länge der Verlaufsphase wird patientenindividuell von dem Psychotherapeuten / der Psychotherapeutin. Die Entscheidung über die patientenindiviuelle Angemessenheit und den Einsatz eines konkreten standardisierten Testverfahrens liegt bei dem Psychotherapeuten / der Psychotherapeutin. Die standardisierten Instrumente sollten möglichst denen, die in im Rahmen der Diagnostik angewendet wurden, entsprechen.
Wenn DF 33 = 1			
33.1>	Datum der Durchführung	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	
Wenn DF 33 = 0			
33.2>	Aus welchem Grund wurde kein stan-dardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt?	0 = Patientin/Patient lehnte ab 1 = anderer Grund	

vertraulich

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
34	Waren für diese Patientin / diesen Patienten andere ärztliche oder nicht-ärztliche Leistungserbringer an der Behandlung beteiligt?	0 = nein 1 = ja	Der Austausch mit anderen an der Behandlung der Patientin / des Patienten Beteiligten zum Zwecke der Behandlungsplanung und -koordination kann in jeder Phase der Therapie stattfinden.
Wenn DF 34 = 1			
34.1>	Wurde die Patientin / der Patient während der Psychotherapie haus-ärztlich versorgt?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.1> = 1			
34.1.1>	Erfolgte ein Austausch mit der Hausärztin / dem Hausarzt?	0 = nein 1 = ja	
43.1.1.1>	Wurde das Ergebnis dokumentiert?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.1.1> = 0			
34.1.1.2>	Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?	1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden 2 = Patientin/Patient lehnte ab 3 = anderer Grund	

vertraulich

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn DF 34 = 1			
34.2>	Wurde die Patientin / der Patient während der Psychotherapie durch eine Fachärztin / einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/Nervenheilkunde/Neurologie/Neurologie und Psychiatrie mitbehandelt?	0 = nein 1 = ja	
Wenn 34.2> = 1			
34.2.1>	Erfolgte ein Austausch mit der Fachärztin / dem Facharzt?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.2.1> = 1			
34.2.1.1>	Wurde das Ergebnis dokumentiert?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.2.1> = 0			
34.2.1.2>	Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?	1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden 2 = Patientin/Patient lehnte ab 3 = anderer Grund	

vertraulich

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn DF 34 = 1			
34.3>	Wurde die Patientin / der Patient unmittelbar vor, während oder unmittelbar nach der Psychotherapie in einer psychiatrischen/psychosomatischen Klinik, Tagesklinik oder Rehabilitationsklinik behandelt?	0 = nein 1 = ja	Es können hier auch Informationen aus Entlassungsbriefen zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik genutzt werden.
Wenn DF 34.3> = 1			
34.3.1>	Erfolgte ein Austausch mit der entsprechenden Klinik?	0 = nein 1 = ja	Es können hier auch Informationen aus Entlassungsbriefen zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik genutzt werden.
Wenn DF 34.3.1> = 1			
34.3.1.1>	Wurde das Ergebnis dokumentiert?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.3.1> = 0			
34.3.1.2>	Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?	1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden 2 = Patientin/Patient lehnte ab 3 = anderer Grund	

vertraulich

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn DF 34 = 1			
34.4>	Bestand bei der Patientin / dem Patienten während der Psychotherapie eine durch eine andere Ärztin / einen anderen Arzt verordnete begleitende Medikation mit Psychopharmaka?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.4> = 1			
34.4.1>	Erfolgte ein Austausch mit der verordnenden Ärztin / dem verordnenden Arzt?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.4.1> = 1			
34.4.1.1>	Wurde das Ergebnis dokumentiert?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.4.1> = 0			
34.4.1.2>	Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?	1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden 2 = Patientin/Patient lehnte ab 3 = anderer Grund	

vertraulich

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn DF 34 = 1			
34.5>	Hat die Patientin / der Patient während der Psychotherapie, aus psychotherapeutischer/psychiatrischer Indikation, begleitende nicht-ärztliche Therapien erhalten? Physio-/Ergo-/Soziotherapien	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.5> = 1			
34.5.1>	Erfolgte ein Austausch mit den nicht-ärztlichen Mitbehandelnden?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.5.1> = 1			
34.5.1.1>	Wurde das Ergebnis dokumentiert?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.5.1> = 0			
34.5.1.2>	Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?	1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden 2 = Patientin/Patient lehnte ab 3 = anderer Grund	

vertraulich

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn DF 34 = 1			
34.6>	Wurde die Patientin / der Patient während der Psychotherapie durch sozialpsychiatrische bzw. psychosoziale Institutionen mitbetreut?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.6> = 1			
34.6.1>	Erfolgte ein Austausch mit den sozialpsychiatrischen bzw. psychosozialen Institutionen?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.6.1> = 1			
34.6.1.1>	Wurde das Ergebnis dokumentiert?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.6.1> = 0			
34.6.1.2>	Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?	1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden 2 = Patientin/Patient lehnte ab 3 = anderer Grund	

vertraulich

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn DF 34 = 1			
34.7>	Erhielt die Patientin / der Patient während der Psychotherapie psychiatrische häusliche Krankenpflege entsprechend der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.7> = 1			
34.7.1>	Erfolgte ein Austausch mit den Erbringern der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.7.1> = 1			
34.7.1.1>	Wurde das Ergebnis dokumentiert?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.7.1> = 0			
34.7.1.2>	Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?	1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden 2 = Patientin/Patient lehnte ab 3 = anderer Grund	

vertraulich

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Abschlussphase der Behandlung			
35	Wurde der patientenindividuelle Therapieverlauf überprüft?	0 = nein 1 = ja	Die Abschlussphase dient u.a. der gezielten Vorbereitung auf das Therapieende. Der Beginn der Abschlussphase wird durch den Psychotherapeuten / die Psychotherapeutin gemeinsam mit dem Patienten / der Patientin festgelegt.
Wenn DF 35 = 1			
35.1>	Wurden die für diesen Behandlungsfall relevanten Dimensionen überprüft?	0 = nein 1 = ja	Die Abschlussphase dient u.a. der gezielten Vorbereitung auf das Therapieende. Der Beginn der Abschlussphase wird durch den Psychotherapeuten / die Psychotherapeutin gemeinsam mit dem Patienten / der Patientin festgelegt.
Wenn DF 35.1> = 1			
DF 35.1.1>	Datum der Durchführung	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	
Wenn DF 35 = 1			
35.2>	Wurde überprüft, ob die patientenindividuellen Therapieziele erreicht wurden?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 35.2> = 1			
35.2.1>	Datum der Durchführung	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	

vertraulich

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn DF 35= 1			
35.3>	Wurden, sofern erforderlich, die patientenindividuellen Therapieziele angepasst?	0 = nein 1 = ja	Die Therapieziele sind nur anzupassen, sofern dies nach Überprüfung notwendig ist. Die Angabe „0“ bei fehlender Notwendigkeit zählt für diesen Indikator nicht nachteilig.
Wenn DF 35.3> = 1			
35.3.1>	Datum der Durchführung	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	
Wenn DF 35 = 0			
35.4>	Aus welchem Grund wurde der patientenindividuelle Therapieverlauf nicht überprüft?	0 = Therapieabbruch durch Patientin/Patienten 1 = Therapieabbruch durch Leistungserbringer 2 = anderer Grund	
36	Besteht im individuellen Behandlungsfall die Notwendigkeit anschließender Maßnahmen, um das Behandlungsergebnis abzusichern?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 36 = 1			
36.1>	Wurde die Erforderlichkeit einer weiteren Betreuung mittels eines psychotherapeutischen Gespräches geprüft? Einzelbehandlung GOP 23220	0 = nein 1 = ja	

vertraulich

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn DF 36 = 1			
36.2>	Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Rezidivprophylaxe gemäß § 14 Abs. 2 ff. Psychotherapie-Richtlinie geprüft?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 36 = 1			
36.3>	Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Weiterbehandlung durch Fachärztinnen und Fachärzte geprüft? einschließlich Hausärztinnen und Hausärzte	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 36 = 1			
36.4>	Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Behandlung durch nicht-ärztliche Behandelnde geprüft?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 36 = 1			
36.5>	Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Versorgung durch sozialpsychiatrische bzw. psychosoziale Institutionen geprüft?	0 = nein 1 = ja	

vertraulich

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn DF 36 = 1			
36.6>	Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Behandlung durch (teil-) stationäre Leistungserbringer geprüft?	0 = nein 1 = ja	
37	Erhebungsdatum des Ergebnisses und der Überprüfung der patientenindividuellen Therapiezielerreichung	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	
38	Enddatum dieser Richtlinientherapie	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	
39	Grund der Beendigung dieser Richtlinientherapie	1 = Einvernehmliche Beendigung ohne Rezidivprophylaxe 2 = Einvernehmliche Beendigung mit Rezidivprophylaxe 3 = Stundenkontingent entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie erschöpft 4 = Verlängerung wurde von der Krankenkasse abgelehnt 5 = Therapieabbruch durch Patientin/Patienten 6 = Therapieabbruch durch Leistungserbringer 8 = sonstiger Grund	

vertraulich

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
40	Wurde eine Erhebung des Ergebnisses in den für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 40 = 1			
40.1>	Datum der Durchführung	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	
41	Wurde eine Erhebung, inwieweit die patientenindividuellen Therapieziele erreicht wurden, durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 41 = 1			
41.1>	Datum der Durchführung	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	

vertraulich

Anhang B.7: Dokumentationsbogen

vertraulich

Vorversion

Nicht zur Dokumentation verwenden

IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Datensatz ambulante Psychotherapie

BASIS

Genau ein Bogen muss ausgefüllt sein

Basisdokumentation

Leistungserbringeridentifizierende Daten

1 Status des Leistungserbringers ☐

1 = Vertragsarzt
2 = Leistungserbringung durch Vertragsärzte im Rahmen von Selektivverträgen
3 = Leistungserbringung durch psychologischen Psychotherapeuten
4 = Leistungserbringung durch psychologischen Psychotherapeuten im MVZ
5 = Leistungserbringung durch psychologischen Psychotherapeuten im Rahmen von Selektivverträgen

2 Art der Leistungserbringung ☐

1 = ambulant vertragsärztlich erbrachte Leistung
2 = ambulant selektivvertraglich erbrachte Leistung
3 = ambulant erbrachte Leistung im MVZ

Art der Versicherung

3 Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte
http://www.arge-ik.de
(erste zwei Ziffern des 9stelligen Kodes)
☐☐

Leistungserbringeridentifizierende Daten

4 Institutionskennzeichen
http://www.arge-ik.de
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

5 Betriebsstättennummer ambulant
BSNR (ambulant)
☐☐☐☐☐☐☐☐☐

6 Nebenbetriebsstättennummer
NBSNR
☐☐☐☐☐☐☐☐☐

7 lebenslange Arztnummer
LANR
☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Patientin/Patient

8 Einrichtungsinterne Identifikationsnummer der Patientin/des Patienten
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

9 Geburtsdatum
TT.MM.JJJJ
☐☐.☐☐.☐☐☐☐

10 Geschlecht ☐

1 = männlich
2 = weiblich
3 = divers
8 = unbestimmt

11 Beginn dieser Richtlinien-Therapie (GOP 35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35421, 35422, 35425, 35431, 35432, 35435)
TT.MM.JJJJ
☐☐.☐☐.☐☐☐☐

12 Welches psychotherapeutische Verfahren wurde angewendet?
GOP
☐☐☐☐☐

13-28 Anfangsphase der Behandlung

Diagnostik

13 Wurde die Symptomatik erfasst? ☐

0 = nein
1 = ja

14 Wurde die biographische Anamnese erfasst? ☐

0 = nein
1 = ja

15 Wurde abgeklärt, ob psychische Komorbiditäten vorliegen? ☐

0 = nein
1 = ja

16 Wurde abgeklärt, ob somatische Komorbiditäten vorliegen? ☐

0 = nein
1 = ja

17 Wurde die Medikamentenanamnese erfasst? ☐

0 = nein
1 = ja

18 Wurde die Behandlungsgeschichte erfasst? ☐

0 = nein
1 = ja

19 Wurde abgeklärt, ob funktionale Einschränkungen vorliegen? ☐

0 = nein
1 = ja

20 Wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfasst? ☐

0 = nein
1 = ja

21 Wurde abgeklärt, ob ein Substanzmissbrauch vorliegt? ☐

0 = nein
1 = ja

22 Wurde abgeklärt, ob eine Suizidalität vorliegt? ☐

0 = nein
1 = ja

23 Wurde die Therapiemotivation der Patientin / des Patienten abgeklärt? ☐

0 = nein
1 = ja

vertraulich

Vorversion

Nicht zur Dokumentation verwenden

IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Datensatz ambulante Psychotherapie

24	**Wurde die Passung zwischen Patientin/Patient und Psychotherapeutin/Psychotherapeut abgeklärt?** ☐ 0 = nein 1 = ja
25	**Wurde eine verfahrensspezifische weitere Diagnostik durchgeführt?** ☐ 0 = nein 1 = ja
26	**Wurde ein, dem individuellen Behandlungsfall angemessenes, psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt?** Fremd- und/oder Selbstbeurteilung? ☐ 0 = nein 1 = ja
Wenn DF 26 = 1	
26.1>	**Wurde ein standardisiertes Testverfahren durchgeführt?** ☐ 0 = nein 1 = ja
Wenn DF 26.1> = 1	
26.1.1>	**Datum der Durchführung** TT.MM.JJJJ ☐☐.☐☐.☐☐☐☐
Wenn DF 26 = 1	
26.2>	**Wurde ein psychometrisches Testverfahren durchgeführt?** ☐ 0 = nein 1 = ja
Wenn DF 26.2> = 1	
26.2.1>	**Datum der Durchführung** TT.MM.JJJJ ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

Wenn DF 26 = 0	
26.3>	**Aus welchem Grund wurde kein psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt?** ☐ 0 = Patientin/Patient lehnte ab 1 = anderer Grund
27	**Wurde ein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt?** ☐ 0 = nein 1 = ja
Wenn DF 27 = 1	
27.1>	**Datum der Durchführung** TT.MM.JJJJ ☐☐.☐☐.☐☐☐☐
Wenn DF 27 = 0	
27.2>	**Aus welchem Grund wurde kein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt?** ☐ 0 = Patientin/Patient lehnte ab 1 = anderer Grund
28	**Wurden patientenindividuelle Therapieziele vereinbart?** ☐ 0 = nein 1 = ja
Wenn DF 28 = 1	
28.1>	**Wurden die patientenindividuellen Therapieziele in der Patientenakte dokumentiert?** ☐ 0 = nein 1 = ja

29-34	Therapieverlauf
29	**Wurden die für diesen individuellen Behandlungsfall relevanten Dimensionen überprüft?** ☐ 0 = nein 1 = ja
Wenn DF 29 = 1	
29.1>	**Datum der Durchführung** TT.MM.JJJJ ☐☐.☐☐.☐☐☐☐
30	**Wurde überprüft, ob die patientenindividuellen Therapieziele erreicht wurden?** ☐ 0 = nein 1 = ja
Wenn DF 30 = 1	
30.1>	**Datum der Durchführung** TT.MM.JJJJ ☐☐.☐☐.☐☐☐☐
31	**Wurden, sofern erforderlich, die patientenindividuellen Therapieziele angepasst?** ☐ 0 = nein 1 = ja
Wenn DF 31 = 1	
31.1>	**Datum der Durchführung** TT.MM.JJJJ ☐☐.☐☐.☐☐☐☐
32	**Wurde ein, dem individuellen Behandlungsfall angemessenes, psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt?** Fremd- und/oder Selbstbeurteilung ☐ 0 = nein 1 = ja

vertraulich

Vorversion

Nicht zur Dokumentation verwenden

IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Datensatz ambulante Psychotherapie

Wenn DF 32 = 1

32.1> **Wurde ein standardisiertes Testverfahren durchgeführt?** ☐
0 = nein
1 = ja

Wenn DF 32.1> = 1

32.1.1> **Datum der Durchführung** TT.MM.JJJJ ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

Wenn DF 32 = 1

32.2> **Wurde ein psychometrisches Testverfahren durchgeführt?** ☐
0 = nein
1 = ja

Wenn DF 32.2> = 1

32.2.1> **Datum der Durchführung** TT.MM.JJJJ ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

Wenn DF 32 = 0

32.3> **Aus welchem Grund wurde kein psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt?** ☐
0 = Patientin/Patient lehnte ab
1 = anderer Grund

33 **Wurde ein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt?** ☐
0 = nein
1 = ja

Wenn DF 33 = 1

33.1> **Datum der Durchführung** TT.MM.JJJJ ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

Wenn DF 33 = 0

33.2> **Aus welchem Grund wurde kein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt?** ☐
0 = Patientin/Patient lehnte ab
1 = anderer Grund

34 **Waren für diese Patientin / diesen Patienten andere ärztliche oder nicht-ärztliche Leistungserbringer an der Behandlung beteiligt?** ☐
0 = nein
1 = ja

Wenn DF 34 = 1

34.1> **Wurde die Patientin / der Patient während der Psychotherapie hausärztlich versorgt?** ☐
0 = nein
1 = ja

Wenn DF 34.1> = 1

34.1.1> **Erfolgte ein Austausch mit der Hausärztin / dem Hausarzt?** ☐
0 = nein
1 = ja

Wenn DF 34.1.1> = 1

34.1.1.1> **Wurde das Ergebnis dokumentiert?** ☐
0 = nein
1 = ja

Wenn DF 34.1.1> = 0

34.1.1.2> **Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?** ☐
1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden
2 = Patientin/Patient lehnte ab
3 = anderer Grund

Wenn DF 34 = 1

34.2> **Wurde die Patientin / der Patient während der Psychotherapie durch eine Fachärztin / einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/Nervenheilkunde/Neurologie/Neurologie und Psychiatrie mitbehandelt?** ☐
0 = nein
1 = ja

Wenn DF 34.2> = 1

34.2.1> **Erfolgte ein Austausch mit der Fachärztin / dem Facharzt?** ☐
0 = nein
1 = ja

Wenn DF 34.2.1> = 1

34.2.1.1> **Wurde das Ergebnis dokumentiert?** ☐
0 = nein
1 = ja

Wenn DF 34.2.1> = 0

34.2.1.2> **Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?** ☐
1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden
2 = Patientin/Patient lehnte ab
3 = anderer Grund

Wenn DF 34 = 1

34.3> **Wurde die Patientin / der Patient unmittelbar vor, während oder unmittelbar nach der Psychotherapie in einer psychiatrischen/psychosomatischen Klinik, Tagesklinik oder Rehabilitationsklinik behandelt?** ☐
0 = nein
1 = ja

vertraulich

Vorversion

Nicht zur Dokumentation verwenden

IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Datensatz ambulante Psychotherapie

Wenn DF 34.3> = 1

34.3.1> **Erfolgte ein Austausch mit der entsprechenden Klinik?** ☐
0 = nein
1 = ja

Wenn DF 34.3.1> = 1

34.3.1.1> **Wurde das Ergebnis dokumentiert?** ☐
0 = nein
1 = ja

Wenn DF 34.3.1> = 0

34.3.1.2> **Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?** ☐
1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden
2 = Patientin/Patient lehnte ab
3 = anderer Grund

Wenn DF 34 = 1

34.4> **Bestand bei der Patientin / dem Patienten während der Psychotherapie eine durch eine andere Ärztin / einen anderen Arzt verordnete begleitende Medikation mit Psychopharmaka?** ☐
0 = nein
1 = ja

Wenn DF 34.4> = 1

34.4.1> **Erfolgte ein Austausch mit der verordnenden Ärztin / dem verordnenden Arzt?** ☐
0 = nein
1 = ja

Wenn DF 34.4.1> = 1:

34.4.1.1> **Wurde das Ergebnis dokumentiert?** ☐
0 = nein
1 = ja

Wenn DF 34.4.1> = 0:

34.4.1.2> **Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?** ☐
1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden
2 = Patientin/Patient lehnte ab
3 = anderer Grund

Wenn DF 34 = 1

34.5> **Hat die Patientin / der Patient während der Psychotherapie, aus psychotherapeutischer/psychiatrischer Indikation, begleitende nicht-ärztliche Therapien erhalten?**
Physio-/Ergo-/Soziotherapien ☐
0 = nein
1 = ja

Wenn DF 34.5> = 1

34.5.1> **Erfolgte ein Austausch mit den nicht-ärztlichen Mitbehandelnden?** ☐
0 = nein
1 = ja

Wenn DF 34.5.1> = 1

34.5.1.1> **Wurde das Ergebnis dokumentiert?** ☐
0 = nein
1 = ja

Wenn DF 34.5.1> = 0

34.5.1.2> **Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?** ☐
1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden
2 = Patientin/Patient lehnte ab
3 = anderer Grund

Wenn DF 34 = 1

34.6> **Wurde die Patientin / der Patient während der Psychotherapie durch sozialpsychiatrische bzw. psychosoziale Institutionen mitbetreut?** ☐
0 = nein
1 = ja

Wenn DF 34.6> = 1

34.6.1> **Erfolgte ein Austausch mit den sozialpsychiatrischen bzw. psychosozialen Institutionen?** ☐
0 = nein
1 = ja

Wenn DF 34.6.1> = 1

34.6.1.1> **Wurde das Ergebnis dokumentiert?** ☐
0 = nein
1 = ja

Wenn DF 34.6.1> = 0

34.6.1.2> **Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?** ☐
1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden
2 = Patientin/Patient lehnte ab
3 = anderer Grund

Wenn DF 34 = 1

34.7> **Erhielt die Patientin / der Patient während der Psychotherapie psychiatrische häusliche Krankenpflege entsprechend der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie?** ☐
0 = nein
1 = ja

Wenn DF 34.7> = 1

34.7.1> **Erfolgte ein Austausch mit den Erbringern der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege?** ☐
0 = nein
1 = ja

vertraulich

Vorversion

Nicht zur Dokumentation verwenden

Datensatz ambulante Psychotherapie

IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

---

Wenn DF 34.7.1> = 1

34.7.1.1> **Wurde das Ergebnis dokumentiert?** ☐
0 = nein
1 = ja

Wenn DF 34.7.1> = 0

34.7.1.2> **Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?** ☐
1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden
2 = Patientin/Patient lehnte ab
3 = anderer Grund

35-40 Abschlussphase der Behandlung

35 **Wurde der patientenindividuelle Therapieverlauf überprüft?** ☐
0 = nein
1 = ja

Wenn DF 35 = 1

35.1> **Wurden die für diesen Behandlungsfall relevanten Dimensionen überprüft?** ☐
0 = nein
1 = ja

Wenn DF 35.1> = 1

35.1.1> **Datum der Durchführung**
TT.MM.JJJJ
☐☐.☐☐.☐☐☐☐

Wenn DF 35 = 1

35.2> **Wurde überprüft, ob die patientenindividuellen Therapieziele erreicht wurden?** ☐
0 = nein
1 = ja

Wenn DF 35.2> = 1

35.2.1> **Datum der Durchführung**
TT.MM.JJJJ
☐☐.☐☐.☐☐☐☐

Wenn DF 35 = 1

35.3> **Wurden, sofern erforderlich, die patientenindividuellen Therapieziele angepasst?** ☐
0 = nein
1 = ja

Wenn DF 35.3> = 1

35.3.1> **Datum der Durchführung**
TT.MM.JJJJ
☐☐.☐☐.☐☐☐☐

Wenn DF 35 = 0

35.4> **Aus welchem Grund wurde der patientenindividuelle Therapieverlauf nicht überprüft?** ☐
0 = Therapieabbruch durch Patientin/Patienten
1 = Therapieabbruch durch Leistungserbringer
2 = anderer Grund

36 **Besteht im individuellen Behandlungsfall die Notwendigkeit anschließender Maßnahmen, um das Behandlungsergebnis abzusichern?** ☐
0 = nein
1 = ja

Wenn DF 36 = 1

36.1> **Wurde die Erforderlichkeit einer weiteren Betreuung mittels eines psychotherapeutischen Gespräches geprüft?**
Einzelbehandlung GOP 23220 ☐
0 = nein
1 = ja

Wenn DF 36 = 1

36.2> **Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Rezidivprophylaxe gemäß § 14 Abs. 2 ff. Psychotherapie-Richtlinie geprüft?** ☐
0 = nein
1 = ja

Wenn DF 36 = 1

36.3> **Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Weiterbehandlung durch Fachärztinnen und Fachärzte geprüft?** ☐
0 = nein
1 = ja

Wenn DF 36 = 1

36.4> **Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Behandlung durch nicht-ärztliche Behandelnde geprüft?** ☐
0 = nein
1 = ja

Wenn DF 36 = 1

36.5> **Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Versorgung durch sozialpsychiatrische bzw. psychosoziale Institutionen geprüft?** ☐
0 = nein
1 = ja

Wenn DF 36 = 1

36.6> **Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Behandlung durch (teil-)stationäre Leistungserbringer geprüft?** ☐
0 = nein
1 = ja

37 **Enddatum dieser Richtlinientherapie**
TT.MM.JJJJ
☐☐.☐☐.☐☐☐☐

vertraulich

Vorversion

Nicht zur Dokumentation verwenden

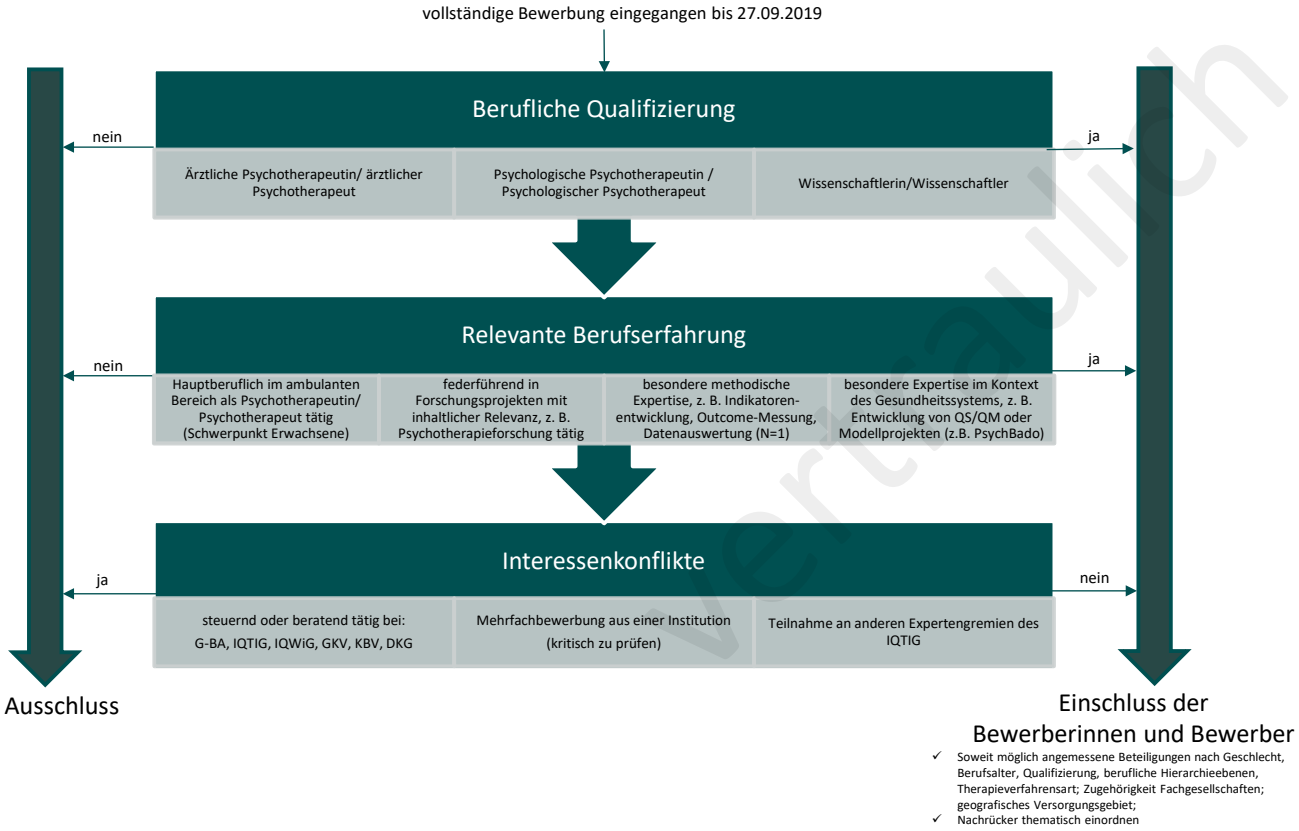
Datensatz ambulante Psychotherapie

38	**Grund der Beendigung dieser Richtlinientherapie** ☐ 1 = Einvernehmliche Beendigung ohne Rezidivprophylaxe 2 = Einvernehmliche Beendigung mit Rezidivprophylaxe 3 = Stundenkontingent entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie erschöpft 4 = Verlängerung wurde von der Krankenkasse abgelehnt 5 = Therapieabbruch durch Patientin/Patienten 6 = Therapieabbruch durch Leistungserbringer 8 = sonstiger Grund
39	**Wurde eine Erhebung des Ergebnisses in den für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen durchgeführt?** ☐ 0 = nein 1 = ja
Wenn DF 39 = 1	
39.1>	**Datum der Durchführung** TT.MM.JJJJ ☐☐.☐☐.☐☐☐☐
40	**Wurde eine Erhebung, inwieweit die patientenindividuellen Therapieziele erreicht wurden, durchgeführt?** ☐ 0 = nein 1 = ja
Wenn DF 40 = 1	
40.1>	**Datum der Durchführung** TT.MM.JJJJ ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

vertraulich

Anhang C: Expertengremium

Anhang C.1: Entscheidungsbaum für die Auswahl der Expertinnen und Experten



vertraulich

Abbildung 1: Entscheidungsbaum für die Auswahl der Expertinnen und Experten

Anhang C.2: Mitglieder des Expertengremiums

Die Kriterien für die Auswahl der Expertinnen und Experten für das Expertengremium „Ambulante Psychotherapie“ liegen zum einen auf der individuellen Ebene (persönliche Qualifikation) und zum anderen auf Ebene des Expertengremiums selber, bei dem auf Ausgewogenheit hinsichtlich der Berufsgruppen (Fachärztinnen/Fachärzte – Psychologinnen/Psychologen –Wissenschaftlerinnen/Wissenschaftler), des Versorgungsbereiches (ambulant sowie geographisch) und schließlich der beruflichen Tätigkeitsschwerpunkte (praktisch/klinisch oder theoretisch/wissenschaftlich) geachtet wurde.

Tabelle 1: Mitglieder des Expertengremiums

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale / persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
Psychologische/r Psychotherapeut/in		
Dr. phil. Sabine Ahrens-Eipper	▪ Vorstandsmitglied der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK) ▫ Vorsitzende des QS Ausschusses ▫ Vorsitzende der Fachkommission Psychotraumatherapie ▪ Mitglied der Bund-Länder-AG „Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Versorgung“ ▪ Anerkannte Lehrpraxis für verschiedene Ausbildungsinstitutionen	▪ Therapieverfahren: Verhaltenstherapie ▪ ambulant praktisch tätig mit Erwachsenen und Kindern ▪ urbane Region (Halle)
Dipl.-Psych. Michael Born	▪ Entwicklung der Software „Antrags Assistent“ zur Erstellung von Berichten an Gutachter	▪ Therapieverfahren: Analytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ▪ Ambulant praktisch tätig, vorrangig in Gruppenpsychotherapien ▪ urbane Region (Düsseldorf)

vertraulich

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale / persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
Dr. rer. nat. Ulrike Borst	▪ Erste Vorsitzende der Systemischen Gesellschaft ▪ Leiterin des Ausbildungsinstitutes für systemische Therapie und Beratung in Meilen / Zürich ▪ Mitglied der Konsensuskonferenzen im Rahmen der AWMF Leitlinien Revision Schizophreniebehandlung (2013-2018)	▪ Therapieverfahren: Systemische Therapie ▪ ambulant praktisch tätig als Einzel-, Paar- und Familientherapeutin ▪ urbane Region (Konstanz)
Dipl.-Psych. Christiane Dittmann	▪ Landesvorsitzende der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung e.V. (DPtV) in Sachsen-Anhalt (2006-2017) ▪ Mitglied der Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt ▪ Vorsitzende im Ausschuss für Qualitätssicherung in der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPD)	▪ Therapieverfahren: Analytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ▪ ambulant praktisch tätig mit Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen ▪ ländliche Region (Gardelegen in Sachsen-Anhalt)
Dr. phil. Brigitte Gemeinhardt	▪ Lehrtherapeutin (SG, DGSF) ▪ Supervisorin ▪ freiberufliche Gastdozentin ▪ Mitglied des Vorstandes Psychotherapeutenkammer Hamburg ▪ Gründungsmitglied und therapeutische Leitung des ASVN – Ausbildungsinstitut für Systemische und Verhaltenstherapie Nord UG ▪ Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Sucht und Mobbingprävention (DGSM) ▪ Mitglied des Vorstandes der Psychotherapeutenkammer Hamburg (2007-2009)	▪ Therapieverfahren: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Systemische Therapie ▪ ambulant praktisch tätig ▪ Psychotherapieforschung zu „Drogenabhängigkeit und Familientherapie" (1995-2009) ▪ Ländliche Region (Kreisstadt Eutin in Schleswig-Holstein)

vertraulich

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale / persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
	▪ Mitglied der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein (PKSH) ▪ Mitglied des Instituts für systemische Studien (ISS) ▪ Mitglied der Systemischen Gesellschaft (SG) ▪ Mitglied der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung e.V. (DPtV) ▪ Mitglied Gesundheitsnetzes östliches Holstein (GÖH) ▪ Gründungsmitglied der Norddeutschen Paarakademie (NPA) ▪ Mitglied der Qualitätsgruppe systemische Weiterbildung der Psychotherapeutenkammer Hamburg	
Dipl.-Psych. Stephanie Hild-Steimecke	▪ Sprecherin der „Jungen Psychotherapeuten“ ▪ Stellvertretende Landesvorsitzende der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung e.V. (DPtV) Hessen ▪ Mitglied der Gegenstands-Kommission (GK) des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) ▪ Mitgliedschaft bei der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV)	▪ Therapieverfahren: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ▪ ambulant praktisch tätig ▪ ländliche Region (Birstein in Hessen) ▪ Dozentin an der Hessischen Akademie für Integrative Psychotherapie GmbH (HAIP)

vertraulich

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale / persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
Dipl.-Psych. Margarete Hoerner	▪ Supervisorin ▪ Leitung und Moderation verschiedener Qualitätszirkel in Rheinland-Pfalz ▪ Mitglied des Qualitätszirkels bei der KV Rheinland-Pfalz	▪ Therapieverfahren: Verhaltenstherapie und systemische Therapie ▪ ambulant praktisch tätig Erwachsene und KJP diverse Fachbereiche ▪ ländliche Region (Lambrecht (Pfalz) in Rheinland-Pfalz)
Dipl.-Psych. Sebastian Jugert	▪ Mitglied im Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp) ▪ Mitglied im Kompetenzkreis "Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung" im bvvp Bundesverband ▪ Gründungsmitglied des Bundesverbandes für Vertragspsychotherapeuten (bvvp) Thüringen e.V., stellvertretender Vorsitzender im Vorstand, Schatzmeister, zuständiger Beauftragter für Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung ▪ Mitglied des Beratenden Fachausschusses für Psychotherapie bei der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen	▪ Therapieverfahren: Verhaltenstherapie und systemische Therapie ▪ ambulant praktisch tätig für Erwachsene in Einzel- und Gruppentherapie mit dem eigenen Schwerpunkt Integrative Kognitive Verhaltenstherapie ▪ urbane Region (Nordhausen)

Dipl.-Psych. Mechthild Lahme	▪ Ehemalige Bereichsleiterin des Referats ,,Psychotherapie“ der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung e.V. (DPtV) (2001-2019)
	  ▫ Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der psychotherapeutischen Praxis
	  ▫ Projektentwicklung
	▪ Mitarbeit an Qualitätsmanagement Systemen:
		▪ Therapieverfahren: Verhaltenstherapie
		▪ ambulant praktisch tätig
		▪ urbane Region (Berlin)
		▪ Teilnahme am Konsensverfahren Aktualisierung der S3-Leitlinie Schizophrenie

vertraulich

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale / persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
	▫ Internationale Organisation für Normung (ISO) ▫ Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP) der Kassenärztlichen Vereinigung ▫ Europäisches Praxisassessment (EPA) ▪ Umsetzung des QEP Qualitätsmanagementsystems für die psychotherapeutische Praxis ▪ Projektentwicklung QM-Praxishandbuch der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung e.V. (DPtV) ▪ Mitarbeit in der Projektgruppe des AQUA Instituts zur Implementierung von EPA in der psychotherapeutischen Praxis	
Dr. phil. Horst-Reinhard Nitz	▪ Supervisor und Lehrbeauftragter ▪ Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) ▪ Mitglied der Deutschen Psychotherapeutenkammer	▪ Therapieverfahren: Verhaltenstherapie und systemische Therapie ▪ ambulant praktisch tätig als Erwachsenen und Kinder- und Jungendpsychotherapeut ▪ urbane Region (Berlin)
Dipl.-Psych. Sebastian Rühl	▪ Leitung verschiedener Qualitätszirkel in der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ▪ Supervision ▪ Stellvertretender Vorsitzender Landesgruppe Hessen der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung e.V. (DPtV) ▪ Fortbildung in systemischer Psychotherapie und Gestaltpsychotherapie	▪ Therapieverfahren: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ▪ ambulant praktisch tätig ▪ ländliche Region (Linsengericht in Hessen)

vertraulich

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale / persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
Dr. phil. Philipp Pascal Victor	▪ Selbständiger Referent für Qualitätssicherung, Dokumentation, Diagnostik, Angststörungen, Ressourcenaktivierung und Selbsterfahrung in Weiterbildungsseminaren für Psychotherapeuten und Beratungsberufe ▪ Mitglied der Qualitätssicherungskommission der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) ▪ Wissenschaftlicher Mitarbeiter in Forschung und Lehre Universität Witten/Herdecke, Lehrstuhl für Klinische Psychologie & Psychotherapie	▪ Therapieverfahren: Verhaltenstherapie ▪ ambulant praktisch tätig ▪ urbane Region (Hagen in Nordrhein-Westfalen)
Ärztliche/r Psychotherapeut/in		
Dr. med. Irmgard Pfaffinger	▪ Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ▪ Mitglied des Vorstands des Berufsverbands der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (BPM) e.V., seit 2016 Vorsitzende des BPM ▪ Mitglied im beratenden Fachausschuss für Psychotherapie bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ▪ Initiative und Beteiligung bei der Durchführung eines Projekts zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie (QS-Psy-Bay) bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) (2002-2014)	▪ Therapieverfahren: Analytische Psychotherapie und systemische Therapie ▪ ambulant praktisch tätig ▪ urbane Region (München)

vertraulich

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale / persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
Dr. med. Beatrice Piechotta	▪ Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin und Fachärztin für Psychiatrie ▪ Dozentin, Lehranalytikerin und Supervisorin (Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)) am Institut für Psychoanalyse Düsseldorf ▪ Entwicklung einer Dokumentation und Evaluation psychotherapeutischer Behandlungen in der Ausbildungs-Ambulanz der APP Köln ▪ Qualitätszirkel-Tutorin und als Trainerin beteiligt an der Fortbildung von Qualitätszirkel-Moderatoren zu Tutoren (Lehrende Vertragsärzte) der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (2001-2015) ▪ Moderatorin von psychotherapeutischen Qualitätszirkeln, inklusive Konzeptentwicklung ▪ Mitarbeit in der AG der Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) zur Entwicklung der S3-Leitlinie Zwangsstörungen (2010-2011) ▪ Entwicklung eines Qualitätsmanagement Konzeptes für psychotherapeutische Praxen – PsyQM (2002-2010)	▪ Therapieverfahren: Analytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ▪ ambulant praktisch tätig ▪ urbane Region (Düsseldorf)

vertraulich

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale / persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
Prof. Dr. med. Matthias Rose	▪ Facharzt für Innere Medizin und Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ▪ Direktor der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Centrum für Innere Medizin und Dermatologie der Charité Universitätsmedizin Berlin ▪ Associate Professor für Outcome Measurement Sciences, Department of Quantitative Health Sciences, Medical School, University of Massachusetts, USA ▪ Mitglied in Expertengruppe des Bundesministeriums für Gesundheit zu Patient-reported Outcomes ▪ Mitarbeit an der Entwicklung moderner Fragebögen der EORTC ▪ Leiter des PROMIS National Centers in Deutschland ▪ Leiter Entwicklung des ICHOM Standardsets zur Erfassung des Therapieerfolgs bei Patienten mit Depression und Angst (2016)	▪ Therapieverfahren: Analytische Psychotherapie ▪ Stationär tätig ▪ Urbane Region (Berlin)
Patientenvertreter/in		
Thomas Borowsky		▪ Ernennung zum Patientenvertreter durch die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE) und durch die Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e.V. (DGM)

vertraulich

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale / persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
Prof. em. Dr. med. Dr. phil. Ilse Heberlein	▪ Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie ▪ Diplompsychologin	▪ Ernennung zur Patientenvertreterin durch den Sozialverband Deutschland/Deutschen Behindertenrat beim G-BA
Dipl.-Psych. Jürgen Matzat	▪ Sprecher der Patientenvertretung im Unterausschuss Psychotherapie ▪ Redaktionsmitglied der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAS-SHG)	▪ Ernennung zum Patientenvertreter durch die Tätigkeit als Patientenvertreter im G-BA ▪ Mitarbeit als Patientenvertreter in Arbeitsgruppen zur Erstellung von Versorgungs- bzw. Patientenleitlinien zur Unipolaren Depression, zu Behandlung von Angststörungen, zur Konsiliar-Liaisonversorgung für Patienten mit psychischen / psychosomatischen Störungen und Belastungen im Krankenhaus
Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiko Waller	▪ Sozialmediziner und Gesundheitswissenschaftler ▪ Professor für Sozialmedizin und Gesundheitswesen (Fachhochschule und Leuphana Universität Lüneburg) (1978-2008) ▪ Mitglied im Fachausschuss Forschung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie	▪ Ernennung zum Patientenvertreter durch die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG-SHG)

vertraulich

Anhang C.3: Übersicht zu den Interessenkonflikten der Expertinnen und Experten

Das Standarddokument des IQTIG zur Ermittlung möglicher vorliegender Interessenskonflikte besteht aus einem Erfassungsbogen persönlicher Daten und einem Fragebogen. Die Fragen stellt die nachfolgende Tabelle zusammen.

Tabelle 2: Fragen zur Offenlegung von Interessenskonflikten (Expertengremium)

Fragethema	Fragentext
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[1] 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[2], 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

[1] „Indirekt“ heißt in diesem Zusammenhang z. B. im Auftrag eines Instituts, das wiederum für eine entsprechende Person, Institution oder Firma tätig wird.
[2] Sofern Sie in einer sehr großen Institution tätig sind, ist es ausreichend, die geforderten Angaben auf Ihre Arbeitseinheit (z. B. Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.) zu beziehen.

vertraulich

Fragethema	Fragentext
	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?

Durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums wurden zur Ermittlung möglicher Interessenskonflikte die Fragen des Selbstauskunftsformulars des IQTIG wie folgt beantwortet.

Tabelle 3: Beantwortung der Fragen zur Offenlegung von Interessenskonflikten durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums

Expertin/Experte	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6
Dr. Sabine-Ahrens-Eipper	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dipl.-Psych. Michael Born	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dr. Ulrike Borst	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dipl.-Psych. Christiane Dittmann	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dr. Brigitte Gemeinhardt	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dipl.-Psych. Stephanie Hild-Steimecke	nein	ja	ja	nein	nein	nein
Dipl.-Psych. Margarete Hoerner	nein	nein	nein	nein	ja	nein
Dipl.-Psych. Sebastian Jugert	nein	ja	ja	nein	ja	nein
Dipl.-Psych. Mechthild Lahme	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Dr. phil. Horst Nitz	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dr. Irmgard Pfaffinger	nein	nein	ja	nein	ja	nein
Beatrice Piechotta	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Prof. Dr. med. Matthias Rose	ja	ja	ja	ja	nein	nein
Dipl.-Psych. Sebastian Rühl	nein	nein	ja	nein	nein	nein
Dr. Philipp Victor	ja	nein	ja	ja	nein	nein
Prof. Ilse Heberlein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Prof. Dr. Dr. Heiko Waller	nein	nein	nein	nein	nein	nein

vertraulich

Expertin/Experte	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6
Thomas Borowsky	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dipl.-Psych. Jürgen Matzat	ja	nein	nein	nein	nein	nein

Nach eingehender Prüfung durch die Interessenskonfliktskommission des IQTIG konnten bei keiner Bewerberin/keinem Bewerber Interessenskonflikte ermittelt werden, die gegen die Aufnahme in das Expertengremium gesprochen haben.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums wurden nachfolgendem Algorithmus ausgewählt:

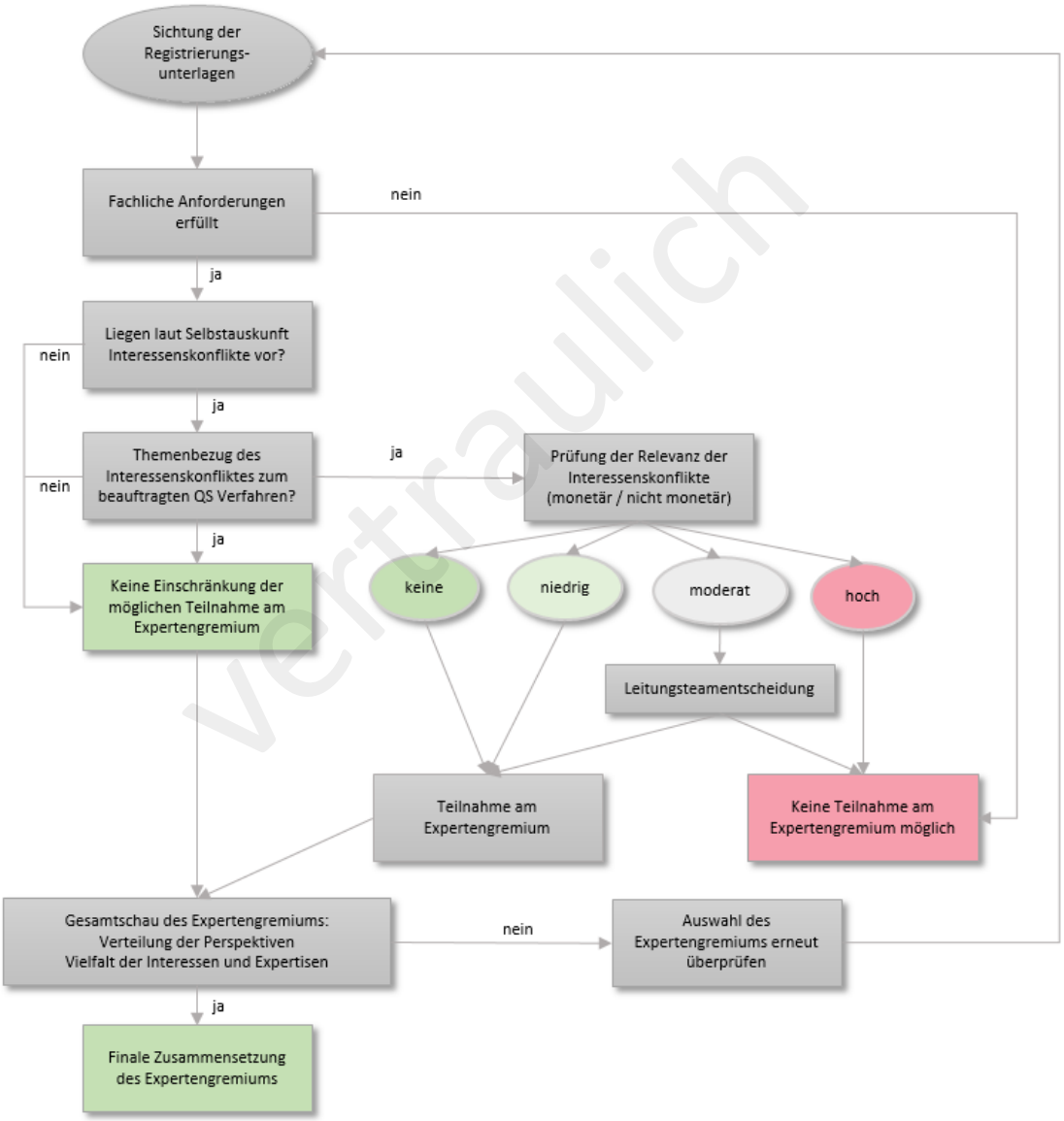


Abbildung 2: Ablaufschema für die Eignungsprüfung des Expertengremiums

vertraulich

IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

vertraulich

Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Indikatorenset 1.1

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 14. Juni 2021

Impressum

Thema:
Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Indikatorenset 1.1

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner:
Prof. Dr. Jürgen Pauletzki, Fanny Schoeler-Rädke

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:
17. Mai 2018

Datum der Abgabe:
14. Juni 2021

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

info@iqtig.org
https://www.iqtig.org

vertraulich

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 4

Abkürzungsverzeichnis 5

Vorbemerkung 6

Übersicht über die Qualitätsindikatoren 9

1 Qualitätsaspekt „Diagnostik“ 10

1.1 Qualitätsindikator „Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung von behandlungsrelevanten Dimensionen“ 10

1.2 Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten“ 17

2 Qualitätsaspekt „Therapiezielvereinbarung“ 23

2.1 Qualitätsindikator „Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen“ 23

3 Qualitätsaspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“ 26

3.1 Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs“ 26

3.2 Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf " 30

4 Qualitätsaspekt „Kooperation“ 35

4.1 Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten“ 35

5 Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“ 43

5.1 Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie“ 43

5.2 Qualitätsindikator „Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses“ 47

6 Qualitätsaspekt „Outcome“ 51

6.1 Qualitätsindikator „Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie“ 51

Literatur 54

vertraulich

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Eingeschlossene GOPs und Fachgruppencodes 6
Tabelle 2: Ausgeschlossene GOPs und Diagnosen 7
Tabelle 3: Übersicht der Qualitätsaspekte und Qualitätsindikatoren 9

vertraulich

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erklärung
APA	American Psychological Association
AU-DIT	Alcohol Use Disorder Identification Test
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
DF	Datenfeld
DGBS	Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen
DGfS	Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung e. V.
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.
DGPM	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e. V.
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GOP	Gebührenordnungsposition
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision – German Modification
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KZT	Kurzzeittherapie
LZT	Langzeittherapie
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NCCMH	National Collaborating Centre for Mental Health
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
SKID-II	Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV Achse II
VA/DoD	Veterans Health Administration / Department of Defense

vertraulich

Vorbemerkung

In das QS-Verfahren eingeschlossen werden volljährige Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, für die eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, eine analytische Psychotherapie oder eine Verhaltenstherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie[1] als Kurzzeit- (KZT) oder Langzeittherapie (LZT) im Einzelsetting durch eine Psychologische Psychotherapeutin / einen Psychologischen Psychotherapeuten oder eine ärztliche Psychotherapeutin / einen ärztlichen Psychotherapeuten abgerechnet wurde. Vorbehaltlich der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) könnten auch Patientinnen und Patienten mit einer Systemischen Therapie eingeschlossen werden.

Die in das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* eingeschlossenen Behandlungsformen sind gemäß dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) (KBV 2021) als Gebührenordnungspositionen (GOP) zu Abrechnungs- und Dokumentationszwecken verschlüsselt, die ins QS-Verfahren eingeschlossenen psychologischen und ärztlichen Leistungserbringer tragen einen Fachgruppencode gemäß der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern[2] (Tabelle 1).

Tabelle 1: Eingeschlossene GOPs und Fachgruppencodes

GOP (Einzelsetting)	**Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie**			**Analytische Psychotherapie**			**Verhaltenstherapie**			**Systemische Therapie**		
	KZT 1	KZT 2	LZT	KZT 1	KZT 2	LZT	KZT 1	KZT 2	LZT	KZT 1	KZT 2	LZT
	35401	35402	35405	35411	35412	35415	35421	35422	35425	35431	35432	35435
Fachgruppencodes	68			Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut								
	51			Fachärztin/Facharzt Nervenheilkunde; obsolet Fachärztin/Facharzt Neurologie und Psychiatrie; obsolet Fachärztin/Facharzt Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie; kammerindividuell; obsolet								
	58			Fachärztin/Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie Fachärztin/Facharzt Psychiatrie; obsolet Schwerpunkt Geriatrie (Psychiatrie)								

[1] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesauschusses über die Durchführung der Psychotherapie. In der Fassung vom 19. Februar 2009, zuletzt geändert am 18. Oktober 2018, in Kraft getreten am 21. Dezember 2018. URL: https://www.g-ba.de/richtlinien/historie/1733/ (abgerufen am 08.01.2021).
[2] Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern. URL: https://www.kbv.de/media/sp/Arztnummern_Richtlinie.pdf (abgerufen am 11.01.2021).

vertraulich

	60	Fachärztin/Facharzt Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Fachärztin/Facharzt Psychotherapeutische Medizin; obsolet Fachärztin/Facharzt Psychotherapie; neue Bundesländer, obsolet
	61	Psychotherapeutisch tätige Ärztin / psychotherapeutisch tätiger Arzt (Zusatzbezeichnung)

Nicht in das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* eingeschlossen (Ausschlusskriterien) werden Patientinnen und Patienten, die entweder das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder für die eine der Diagnosen F00.-*, F01.-, F02.-*, F03, F04, F05.-, F70.-, F71., F72.-, F73.-, F74.-, F78.- oder F79.- nach ICD-10-GM[3] kodiert wurde oder für die eine Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie im Gruppensetting oder eine Kombinationstherapie oder für die ausschließlich probatorische Sitzungen oder die psychotherapeutische Sprechstunde oder Akutbehandlung abgerechnet wurden. Die Tabelle 2 gibt dazu einen Überblick.

Tabelle 2: Ausgeschlossene GOPs und Diagnosen

	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie		**Analytische Psychotherapie**		**Verhaltens-therapie**		**Systemische Therapie**	
GOP (Gruppen-setting[4])	KZT 1 + KZT 2	LZT	KZT 1 + KZT 2	LZT	KZT 1 + KZT 2	LZT	KZT 1 + KZT 2	LZT
	35503 35504 35505 35506 35507 35508 35509	35513 35514 35515 35516 35517 35518 35519	35523 35524 35525 35526 35527 35528 35529	35533 35534 35535 35536 35537 35538 35539	35543 35544 35545 35546 35547 35548 35549	35553 35554 35555 35556 35557 35558 35559	35703 35704 35705 35706 35707 35708 35709	35713 35714 35715 35716 35717 35718 35719

GOP (andere Behand-lungs-formen)	**Probatorische Sitzung**	**Psychotherapeutische Sprechstunde**	**Psychotherapeutische Akutbehandlung**
	35150	35151	35152

vertraulich

[3] ICD-10-GM. Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) ist die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. URL: https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/ (abgerufen am 12.01.2021)
[4] 3 bis 9 Teilnehmerinnen/Teilnehmer

Diagnosen	F00.-*	Demenz bei Alzheimer-Krankheit (G30.-†)
	F01.-	Vaskuläre Demenz
	F02.-*	Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
	F03	Nicht näher bezeichnete Demenz
	F04	Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
	F05.-	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
	F70.-	Leichte Intelligenzminderung
	F71.-	Mittelgradige Intelligenzminderung
	F72.-	Schwere Intelligenzminderung
	F73.-	Schwerste Intelligenzminderung
	F74.-	Dissoziierte Intelligenz
	F78.-	Andere Intelligenzminderung
	F79.-	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung

vertraulich

Übersicht über die Qualitätsindikatoren

In Tabelle 3 ist eine Übersicht zu den Qualitätsaspekten und den jeweiligen Qualitätsindikatoren (QI) des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* dargestellt. Die Angabe in den Klammern zu den jeweiligen Indikatoren bezieht sich auf die vorgesehene Nummerierung der Indikatoren im Regelbetrieb. Die vorangestellte Zahl 43 bezieht sich auf die künftige Modulnummer. Die Bezeichnung „xx“ ist als Platzhalter für das Jahr des Eintritts in den Regelbetrieb gedacht. Die letzten beiden Ziffern stehen für die fortlaufende Nummerierung eines Indikators innerhalb eines Moduls, beginnend bei „14“, da sich aus der Patientenbefragung 13 Indikatoren ergeben werden.

Tabelle 3: Übersicht der Qualitätsaspekte und Qualitätsindikatoren

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikator
Diagnostik	Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen (QI 43xx14)
	Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten (QI 43xx15)
Therapie-zielvereinbarung	Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen (QI 43xx16)
Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf	Reflexion des Therapieverlaufs (QI 43xx17)
	Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf (QI 43xx18)
Kooperation	Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten (QI 43xx19)
Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes	Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie (QI 43xx20)
	Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses (QI 43xx21)
Outcome	Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie (QI 43xx22)

vertraulich

1 Qualitätsaspekt „Diagnostik“

1.1 Qualitätsindikator „Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung von behandlungsrelevanten Dimensionen“

Bezeichnung	**Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen**
ID	43xx14
Qualitätsziel	In möglichst allen Fällen soll in der Anfangsphase der Behandlung eine umfassende Klärung der Problematik erfolgen, um zum einen Diagnosen stellen zu können, zum anderen, um patientenindividuelle Therapieziele und das weitere Vorgehen abzuschätzen und, sofern erforderlich, einen Ausgangspunkt für weitere diagnostische Messungen zu identifizieren.
Indikatortyp	Prozessindikator
Zähler	Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen in der Anfangsphase der Behandlung ein umfassendes diagnostisches Gespräch zu allen aufgeführten behandlungsrelevanten Dimensionen mit der Patientin / dem Patienten geführt wurde
Nenner	Anzahl der Fälle, für die eine Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie als Kurzzeit- oder Langzeittherapie im Einzelsetting durch eine Psychologische Psychotherapeutin / einen Psychologischen Psychotherapeuten oder eine ärztliche Psychotherapeutin / einen ärztlichen Psychotherapeuten abgerechnet wurde (Grundgesamtheit des QS-Verfahrens)
Rationale	Eine umfassende Diagnostik zu Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung ist Vorraussetzung für eine Behandlungsplanung und das Formulieren von Behandlungszielen, und ist somit unmittelbar von Bedeutung für die Patientinnen und Patienten und folglich ein patientenrelevantes Ziel. **Leitlinien** Eine Leitlinie empfiehlt zur Diagnostik die Erhebung der Symptomatik ▪ APA (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder Leitlinien empfehlen zur Diagnostik die Erhebung einer ausführlichen (biografischen) Anamnese. ▪ APA (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder ▪ APA (2017): The American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults

vertraulich

	▪ DGBS/DGPPN (2019): S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen ▪ DGfS (2018 [2019]): AWMF-Registernummer 138-001. S3-Leitlinie: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung ▪ DGPPN et al. (2017): AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie. Nationale Versorgungs-Leitlinie: Unipolare Depression ▪ DGPPN (2019): AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie ▪ Riemann et al. (2017): AWMF-Registernummer 063-003. S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf / Schlafstörungen. Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“, Update 2016 Leitlinien empfehlen zur Diagnostik die Erhebung psychischer Komorbiditäten. ▪ APA (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder ▪ APA (2017): The American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults ▪ DGBS/DGPPN (2019): S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen ▪ DGfS (2018 [2019]): AWMF-Registernummer 138-001. S3-Leitlinie: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung ▪ DGPM/DGKJP (2018): AWMF-Registernummer 051-026. S3-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Essstörungen ▪ DGPPN et al. (2017): AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie. Nationale Versorgungs-Leitlinie: Unipolare Depression ▪ DGPPN (2019): AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie ▪ NICE (2019): NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder ▪ Riemann et al. (2017): AWMF-Registernummer 063-003. S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf / Schlafstörungen. Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“, Update 2016 Leitlinien empfehlen zur Diagnostik die Erhebung somatischer Komorbiditäten. ▪ APA (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder ▪ DGBS/DGPPN (2019): S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen ▪ DGPM/DGKJP (2018): AWMF-Registernummer 051-026. S3-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Essstörungen

vertraulich

	▪ DGPPN et al. (2017): AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie. Nationale Versorgungs-Leitlinie: Unipolare Depression ▪ DGPPN (2019): AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie ▪ NICE (2019): NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder ▪ Riemann et al. (2017): AWMF-Registernummer 063-003. S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf / Schlafstörungen. Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“, Update 2016 Leitlinien empfehlen zur Diagnostik die Erhebung der Medikamentenanamnese. ▪ APA (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder ▪ APA (2017): The American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults ▪ DGBS/DGPPN (2019): S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen ▪ DGPPN et al. (2017): AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie. Nationale Versorgungs-Leitlinie: Unipolare Depression ▪ DGPPN (2019): AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie ▪ Riemann et al. (2017): AWMF-Registernummer 063-003. S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf / Schlafstörungen. Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“, Update 2016 Leitlinien empfehlen zur Diagnostik die Erhebung der Behandlungsgeschichte. ▪ APA (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder ▪ APA (2017): The American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults ▪ DGPPN et al. (2017): AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie. Nationale Versorgungs-Leitlinie: Unipolare Depression ▪ DGPPN (2019): AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie Leitlinien empfehlen zu Beginn einer Psychotherapie die Erhebung der Funktionalität bzw. funktionalen Einschränkung. ▪ APA (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder ▪ APA (2017): The American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults) ▪ DGBS/DGPPN (2019): S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen

vertraulich

	Eine Leitlinie empfiehlt zur Diagnostik die Erhebung der Lebensqualität. ▪ APA (2017): The American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults) Leitlinien empfehlen, im Rahmen der Diagnostik abzuklären, ob ein Substanzmissbrauch vorliegt. ▪ APA (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder ▪ DGBS/DGPPN (2019): S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen ▪ DGPPN et al. (2017): AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie. Nationale Versorgungs-Leitlinie: Unipolare Depression ▪ DGPPN (2019): AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie ▪ Riemann et al. (2017): AWMF-Registernummer 063-003. S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf / Schlafstörungen. Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“, Update 2016 Leitlinien empfehlen, im Rahmen der Diagnostik abzuklären, ob Suizidalität vorliegt. ▪ APA (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder ▪ DGPPN et al. (2017): AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie. Nationale Versorgungs-Leitlinie: Unipolare Depression Eine Leitlinie empfiehlt, im Rahmen der Diagnostik abzuklären, ob Faktoren vorliegen, die die Therapieadhärenz mindern könnten (z. B. eine verminderte Therapiemotivation). ▪ APA (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder Eine Leitlinie empfiehlt, im Rahmen der Therapieplanung die Therapieadhärenz und das Kooperationsverhalten der Patientin / des Patienten abzuklären. ▪ APA (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder ▪ Lincoln et al. (2019) empfehlen in ihrer Leitlinie, dass „jeder Psychotherapie (.) eine angemessene Diagnostik und Problemanalyse vorausgehen“ sollte. ▪ Lincoln et al. (2019): Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen. 1. Auflage. (Evidenzbasierte Leitlinien Psychotherapie, Band 5). Hogrefe. ISBN: 978-3-8017-2883-0
	Literatur ▪ Beutler et al. (2018): Fitting psychotherapy to Patient coping style: A meta analysis Der Copingstil der Patientin / des Patienten kann sich auf die Wahl des Behandlungsverfahrens und das Outcome auswirken

vertraulich

	und kann mit geeigneten Instrumenten in der initialen Behandlungsphase erhoben werden. Die Autorinnen und Autoren empfehlen die initiale Erhebung des Copingstils durch die Anamnese der Lebensgeschichte und die Durchführung eines Aufnahme-Assessments. ▪ Constantino et al. (2018): A meta-analysis of the association between patients' early treatment outcome expectation and their posttreatment outcomes Die Erfolgserwartung der Patientin / des Patienten an die Psychotherapie korreliert mit dem Outcome. Moderatorvariablen sind Alter, Art der Messung und Nutzung eines Behandlungsmanuals. Die Erfolgserwartung sollte zu einem frühen Zeitpunkt während der psychotherapeutischen Behandlung verbal oder durch kurze Messung erhoben werden. ▪ Dewar et al. (2020): Identifying Trajectories and Predictors of Response to Psychotherapy for Post-Traumatic Stress Disorder in Adults: A Systematic Review of Literature Es existieren Prädiktorvariablen (Depression, Angststörung, Alkoholmissbrauch, Alter, Kriegserfahrung, soziale Unterstützung, Übererregung u. a.) anhand derer der Erkrankungs- und Behandlungsverlauf und das Ansprechen auf die Therapie bei Patientinnen und Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) vorhergesagt werden kann und dadurch die Behandlung individueller gestaltet werden und zu einem besseren Ergebnis führen kann. ▪ Schawohl und Odenwald (2018): Häufigkeit und Risikofaktoren des Therapieabbruchs in einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz: Der Einfluss von riskantem Alkoholkonsum zu Therapiebeginn Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieabbruch waren signifikant älter, wiesen signifikant häufiger eine vorhandene Beschäftigung und Komorbiditäten auf, waren signifikant stärker psychisch belastet und zeigten ein deutlich höheres Alkoholkonsumverhalten. Ein riskanter Alkoholkonsum zu Therapiebeginn korreliert mit einem vorzeitigen Therapieabbruch.
	Fokusgruppen Patientinnen und Patienten berichteten, dass zu Beginn der Therapie Gespräche über ihre bisherige Geschichte geführt wurden, dass diagnostische Gespräche eine hohe Relevanz haben und vorrangig vor dem Einsatz von Fragebögen seien. Es wurde durch die Fokusgruppenteilnehmenden herausgestellt, dass der Diagnostik zu Beginn der Behandlung ein großer Stellenwert zukommt und dass sie sowohl einheitliche wie verfahrensspezifische Anteile hat. Zur Diagnostik gehört unter anderem die Erhebung der Symptomatik sowie Aspekte der Lebensqualität

vertraulich

	und Funktionalität, die (biografische) Anamnese, die Medikamentenanamnese, psychische und somatische Komorbiditäten und die Behandlungsgeschichte. Aus den Fokusgruppen ergeben sich Hinweise, dass Patientinnen und Patienten Erfahrung mit unzureichender/fehlerhafter Diagnostik gemacht haben. Zudem sei die Diagnostik häufig nicht individuell genug. Umfassende diagnostische Gespräche scheinen nicht von allen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchgeführt zu werden. Es gibt Hinweise auf bedeutende verfahrensspezifische Unterschiede bezüglich der Umsetzung und Gestaltung der Diagnostik.
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulante/r Psychologische/r oder ärztliche/r Psychotherapeutin/Psychotherapeut oder MVZ
verantwortlich für Dokumentation	ambulante/r Psychologische/r oder ärztliche/r Psychotherapeutin/Psychotherapeut oder MVZ
Erhebungsinstrument	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation
Anmerkungen	Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten. Dies könnte bei einer stichprobenartigen Datenvalidierung anhand der Krankenakte überprüft werden.
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 95 %
mögliche Risikofaktoren	entfällt
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
Datenfelder für die Berechnung des Indikators	
	Zähler: ▪ UND-Verknüpfung: Um das Qualitätsziel für einen Fall zu erreichen, müssen die Leistungserbringer alle Vorgaben erfüllen und somit müssen alle Datenfelder mit „ja“ beantwortet werden. ▪ DF 13 (1) UND DF 14 (1) UND DF 15 (1) UND DF 16 (1) UND DF 17 (1) UND DF 18 (1) UND DF 19 (1) UND DF 20 (1) UND DF 21 (1) UND DF 22 (1) UND DF 23 (1) UND DF 24 (1) UND DF 25 (1) **Nenner:** ▪ Grundgesamtheit des QS-Verfahrens

vertraulich

	Anfangsphase der Behandlung		
	Diagnostik		
	DF 13	Wurde die Symptomatik erfasst?	0 = nein 1 = ja
	DF 14	Wurde die biographische Anamnese erfasst?	0 = nein 1 = ja
	DF 15	Wurde abgeklärt, ob psychische Komorbiditäten vorliegen?	0 = nein 1 = ja
	DF 16	Wurde abgeklärt, ob somatische Komorbiditäten vorliegen?	0 = nein 1 = ja
	DF 17	Wurde die Medikamentenanamnese erfasst?	0 = nein 1 = ja
	DF 18	Wurde die Behandlungsgeschichte erfasst?	0 = nein 1 = ja
	DF 19	Wurde abgeklärt, ob funktionale Einschränkungen vorliegen?	0 = nein 1 = ja
	DF 20	Wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfasst?	0 = nein 1 = ja
	DF 21	Wurde abgeklärt, ob ein Substanzmissbrauch vorliegt?	0 = nein 1 = ja
	DF 22	Wurde abgeklärt, ob eine Suizidalität vorliegt?	0 = nein 1 = ja
	DF 23	Wurde die Therapiemotivation der Patientin / des Patienten abgeklärt?	0 = nein 1 = ja
	DF 24	Wurde die Passung zwischen Patientin/Patient und Psychotherapeutin/Psychotherapeut abgeklärt?	0 = nein 1 = ja
	DF 25	Wurde eine verfahrensspezifische weitere Diagnostik durchgeführt?	0 = nein 1 = ja

vertraulich

1.2 Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten“

Bezeichnung	**Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten**
ID	43xx15
Qualitätsziel	Im Rahmen der Diagnostik sollen in möglichst vielen Fällen in der Anfangsphase der Behandlung dem Behandlungsfall angemessene, psychodiagnostische Testverfahren und/oder ein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt und ausgewertet werden.
Indikatortyp	Prozessindikator
Zähler	Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen in der Anfangsphase der Behandlung, im Rahmen der Diagnostik, mindestens ein dem Behandlungsfall angemessenes, psychodiagnostisches Testverfahren und/oder standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt und dokumentiert wurde
Nenner	Anzahl der Fälle, in denen eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder eine Verhaltenstherapie oder eine Systemische Therapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie als Kurzzeit- oder Langzeittherapie im Einzelsetting durch eine Psychologische Psychotherapeutin / einen Psychologischen Psychotherapeuten oder eine ärztliche Psychotherapeutin / einen ärztlichen Psychotherapeuten abgerechnet wurde (GOP 35401, 35402, 35405, 35421, 35422, 35425, 35431, 35432, 35435)
Rationale	Eine umfassende Diagnostik zu Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung, die durch den Einsatz quantitativer Messverfahren ergänzt wird, ist Vorraussetzung für eine Behandlungsplanung und das Formulieren von Behandlungszielen, und ist somit unmittelbar von Bedeutung für die Patientinnen und Patienten und folglich ein patientenrelevantes Ziel. **Leitlinien** Eine Leitlinie empfiehlt die Anwendung quantitativer Messverfahren zur Diagnostik. ▪ APA (2017): The American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults Eine Leitlinie empfiehlt zur störungsspezifischen Diagnostik (Screening) den Einsatz von Fragebögen (Selbsteinschätzung). ▪ Amann et al. (2016): AWMF-Registernummer 076-001. S3-Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen

vertraulich

	Leitlinien empfehlen die Anwendung störungsspezifischer Instrumente zur Diagnostik. ▪ Amann et al. (2016): AWMF-Registernummer 076-001. S3-Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen ▪ DGBS/DGPPN (2019): AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen ▪ DGPPN et al. (2017): AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie. Nationale Versorgungs-Leitlinie: Unipolare Depression ▪ NCCMH (2011 [2018]): NICE Clinical Guideline CG123. Common Mental Health Disorders. Identification and Pathways to Care Leitlinien empfehlen die Anwendung validierter Instrumente zur Diagnostik. ▪ Amann et al. (2016): AWMF-Registernummer 076-001. S3-Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen ▪ DGBS/DGPPN (2019): AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen ▪ NCCMH (2011 [2018]): NICE Clinical Guideline CG123. Common Mental Health Disorders. Identification and Pathways to Care Leitlinien empfehlen die Anwendung spezifischer Instrumente zur Diagnostik. ▪ Amann et al. (2016): AWMF-Registernummer 076-001. S3-Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen ▪ NCCMH (2011 [2018]): NICE Clinical Guideline CG123. Common Mental Health Disorders. Identification and Pathways to Care Eine Leitlinie empfiehlt die Anwendung spezialisierter Testverfahren zur Aufdeckung allgemeiner medizinischer Ursachen der Symptomatik. ▪ APA (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder Leitlinien empfehlen die Anwendung von (validierten) Instrumenten der Fremd- oder Selbsteinschätzung zur initialen Diagnostik [und Verlaufsdiagnostik]. ▪ APA (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder ▪ DGBS/DGPPN (2019): AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen Eine Leitlinie empfiehlt den Einsatz validierter Screeninginstrumente zur diagnostischen Ergänzung bzw. im Vorfeld einer Diagnostik. ▪ DGBS/DGPPN (2019): AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen

vertraulich

Literatur

- Beard und Delgadillo (2019): Early response to psychological therapy as a predictor of depression and anxiety treatment outcomes: A systematic review and meta-analysis

  Es fand sich eine Assoziation zwischen einem frühen Ansprechen im Sinne einer Symptomverbesserung und dem Outcome nach Beendigung der Therapie (u. a. Cognitive behavioral therapy (CBT), psychodynamische und interpersonelle Psychotherapie, angeleitete Selbsthilfeinterventionen). Die sogenannten Early Responders scheinen eine bessere Prognose nach Therapieende zu haben. Die routinemäßige Messung, ob Patientinnen und Patienten in der initialen Therapiephase auf die Behandlung ansprechen, kann jene Patientinnen und Patienten identifizieren, die nur eingeschränkt von der Therapie profitieren.
- Schawohl und Odenwald (2018): Häufigkeit und Risikofaktoren des Therapieabbruchs in einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz: Der Einfluss von riskantem Alkoholkonsum zu Therapiebeginn

  Riskanter Alkoholkonsum zu Therapiebeginn wirkte als Risikofaktor für vorzeitigen Therapieabbruch in einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. Der Alkoholkonsum wurde mit dem Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) erfasst.

Fokusgruppen

Die Patientinnen und Patienten berichteten, dass im Rahmen der Diagnostik Fragebögen und Tests (u. a. Erfassung sozialer Aspekte, Funktionalität) angewandt wurden. Es stellte sich dahingehend ein uneinheitliches Bild dar und es deuteten sich verfahrensspezifische Unterschiede an.

Patientinnen und Patienten sprachen sich mehrheitlich für die Eingangsdiagnostik mit Messinstrumenten aus.

Es wurde von der Anwendung diagnostischer Testverfahren abhängig vom individuellen Behandlungsfall berichtet.

Aus den Fokusgruppen ergeben sich Hinweise, dass die Anwendung von Testverfahren zur Diagnostik hinsichtlich Art und Umfang verfahrensspezifisch sehr unterschiedlich gehandhabt wird und kein einheitlicher Standard in der psychotherapeutischen Versorgung ist.

Sozialdaten

Hochrechnungen auf Basis von eigenen Analysen von Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2016 ergaben, dass bei nur ca. 15 % der Patientinnen und Patienten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung der Einsatz von Messinstrumenten abgerechnet wird. Im Kontext der Abrechnung von probatorischen Sitzungen sind es nur ca. 7 %.

vertraulich

verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulante/r Psychologische/r oder ärztliche/r Psychotherapeutin/Psychotherapeut oder MVZ
verantwortlich für Dokumentation	ambulante/r Psychologische/r oder ärztliche/r Psychotherapeutin/Psychotherapeut
Erhebungsinstrument	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation
Anmerkungen	Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten. Dies könnte bei einer stichprobenartigen Datenvalidierung anhand der Krankenakte überprüft werden. Die Entscheidung über die patientenindiviuelle Angemessenheit und den Einsatz eines konkreten standardisierten Testverfahrens liegt bei dem Psychotherapeuten / der Psychotherapeutin. Der Indikator wird gegebenenfalls stratifiziert ausgewertet. Nach der Machbarkeitsprüfung oder Erprobungsphase kann entschieden werden, ob für die analytische Psychotherapie ein analoger Zusatzparameter eingefügt wird.
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 90 %
mögliche Risikofaktoren	entfällt
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
Datenfelder für die Berechnung des Indikators	
	Zähler: ▪ ODER-Verknüpfung: Um das Qualitätsziel für einen Fall zu erreichen, müssen die Leistungserbringer mindestens ein, dem Behandlungsfall angemessenes, psychodiagnostisches Testverfahren oder ein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchführen, sofern dies von der Patientin / dem Patienten nicht abgelehnt wird, und das Datum der Durchführung dokumentieren. ▪ DF 12 (GOP 35401 ODER 35402 ODER 35405 ODER 35421 ODER 35422 ODER 35425 ODER 35431 ODER 35432 ODER 35435) UND ((DF 26 (1) UND (DF 26.1.1> (Datum) ODER DF 26.2.1> (Datum)) ODER (DF 26 (0) UND DF 26.3> (0)) ODER ((DF 27 (1) UND DF 27.1> (Datum)) ODER (DF 27 (0) UND DF 27.2> (0))

vertraulich

Nenner:

- GOP 35401, 35402, 35405, 35421, 35422, 35425, 35431, 35432, 35435

DF 12	Welches psychotherapeutische Verfahren wurde angewendet?	GOP □□□□□
DF 26	Wurde ein, dem individuellen Behandlungsfall angemessenes, psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt? Fremd- und/oder Selbstbeurteilung	0 = nein 1 = ja
DF 26.1>	Wenn DF 26 = 1 Wurde ein standardisiertes Testverfahren durchgeführt?	0 = nein 1 = ja
DF 26.1.1>	Wenn 26.1> = 1 Datum der Durchführung TT.MM.JJJJ	□□.□□.□□□□
DF 26.2>	Wenn DF 26 = 1 Wurde ein psychometrisches Testverfahren durchgeführt?	0 = nein 1 = ja
DF 26.2.1>	Wenn DF 26.2> = 1 Datum der Durchführung TT.MM.JJJJ	□□.□□.□□□□
DF 26.3>	Wenn DF 26 = 0 Aus welchem Grund wurde kein psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt?	0 = Patientin/Patient lehnte ab 1 = anderer Grund
DF 27	Wurde ein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt?	0 = nein 1 = ja

vertraulich

	DF 27.1>	Wenn DF 27 = 1 Datum der Durchführung TT.MM.JJJJ	□□.□□.□□□□
	DF 27.2>	Wenn DF 27 = 0 Aus welchem Grund wurde kein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt?	0 = Patientin/Patient lehnte ab 1 = anderer Grund

vertraulich

2 Qualitätsaspekt „Therapiezielvereinbarung“

2.1 Qualitätsindikator „Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen“

Bezeichnung	**Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen**
ID	43xx16
Qualitätsziel	In möglichst allen Fällen sollen in der Anfangsphase der Behandlung patientenindividuelle Therapieziele vereinbart werden, um so die Ergebnisorientierung zu unterstützen.
Indikatortyp	Prozessindikator
Zähler	Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen in der Anfangsphase der Behandlung patientenindividuelle Therapieziele vereinbart und dokumentiert wurden
Nenner	Anzahl der Fälle, für die eine Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie als Kurzzeit- oder Langzeittherapie im Einzelsetting durch eine Psychologische Psychotherapeutin / einen Psychologischen Psychotherapeuten oder eine ärztliche Psychotherapeutin / einen ärztlichen Psychotherapeuten abgerechnet wurde (Grundgesamtheit des QS-Verfahrens)
Rationale	Das Formulieren von patientenindividuellen Therapiezielen fokussiert unmittelbar auf die Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten und ist somit ein patientenrelevantes Ziel. **Leitlinien** Eine Leitlinie empfiehlt die Therapiezielvereinbarung als integralen Bestandteil der Psychotherapie und des Behandlungserfolgs. ▪ DGBS/DGPPN (2019): AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen Eine Leitlinie empfiehlt, im Nachgang der Diagnostik Therapieziele zu identifizieren. ▪ NCCMH (2013 [2017]): NICE Clinical Guideline CG159. Social Anxiety Disorder: Recognition, Assessment and Treatment Leitlinien empfehlen eine individuelle und konkrete Therapiezielvereinbarung. ▪ Bandelow et al. (2014): AWMF-Registernummer 051-028. S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen ▪ DGBS/DGPPN (2019): AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen ▪ DGPM/DGKJP (2018): AWMF-Registernummer 051-026. S3-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Essstörungen

vertraulich

	Leitlinien empfehlen eine partizipative Therapiezielvereinbarung. ▪ DGBS/DGPPN (2019): AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen ▪ DGPM/DGKJP (2018): AWMF-Registernummer 051-026. S3-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Essstörungen Eine Leitlinie empfiehlt, im Rahmen der Therapieplanung darauf abzuzielen, dass Patientinnen und Patienten sich spezifische Ziele entsprechend ihrer funktionalen Beeinträchtigung und Symptomschwere setzen sollen. ▪ APA (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder
	Fokusgruppen Aus den Fokusgruppen ergibt sich eine sehr hohe Relevanz für Patientinnen und Patienten hinsichtlich des Erarbeitens und Festlegens von Therapiezielen. Individuelle Therapieziele werden als hilfreich empfunden. Unterschiede ergeben sich nicht nur aus den patientenindividuellen Bedürfnissen, sondern auch aus den Therapieverfahren. Auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten betonen eine sehr hohe Relevanz für Patientinnen und Patienten hinsichtlich des Erarbeitens und Festlegens von Therapiezielen. Dabei sind auch aus Sicht der Behandelnden die patientenindividuellen Bedürfnisse und Besonderheiten des angewandten Therapieverfahrens zu beachten. Patientinnen und Patienten berichteten, dass im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Behandlung keine Therapieziele formuliert wurden und dies als nachteilig für die Behandlung empfunden wurde. Es ergeben sich aus den Fokusgruppen Hinweise, dass der Vorgang der Therapiezielformulierung bzw. -festlegung verfahrensspezifisch sehr unterschiedlich umgesetzt wird.
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulante/r Psychologische/r oder ärztliche/r Psychotherapeutin/Psychotherapeut oder MVZ
verantwortlich für Dokumentation	ambulante/r Psychologische/r oder ärztliche/r Psychotherapeutin/Psychotherapeut oder MVZ
Erhebungsinstrument	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation
Anmerkungen	Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten. Dies könnte bei einer stichprobenartigen Datenvalidierung anhand der Krankenakte überprüft werden.

vertraulich

Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 95 %
mögliche Risikofaktoren	entfällt
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
Datenfelder für die Berechnung des Indikators	
	Zähler: ▪ UND-Verknüpfung: Um das Qualitätsziel für einen Fall zu erreichen, müssen die Leistungserbringer alle Vorgaben erfüllen und somit müssen alle Datenfelder mit „ja“ beantwortet werden. ▪ DF 28 (1) UND DF 28.1> (1) **Nenner:** ▪ Grundgesamtheit des QS-Verfahrens

DF 28	Wurden patientenindividuelle Therapieziele vereinbart?	0 = nein 1 = ja
DF 28.1>	Wenn DF 28 = 1 Wurden die patientenindividuellen Therapieziele in der Patientenakte dokumentiert?	0 = nein 1 = ja

vertraulich

3 Qualitätsaspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“

3.1 Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs“

Bezeichnung	**Reflexion des Therapieverlaufs**
ID	43xx17
Qualitätsziel	In möglichst allen Fällen soll im Therapieverlauf der Therapiefortschritt überprüft werden, um die Behandlungsplanung und die Therapiegestaltung, sofern erforderlich, anpassen zu können.
Indikatortyp	Prozessindikator
Zähler	Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen im Therapieverlauf die für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen und das Erreichen der patientenindividuellen Therapieziele überprüft wurden.
Nenner	Anzahl der Fälle, für die eine Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie als Kurzzeit- oder Langzeittherapie im Einzelsetting durch eine Psychologische Psychotherapeutin / einen Psychologischen Psychotherapeuten oder eine ärztliche Psychotherapeutin / einen ärztlichen Psychotherapeuten abgerechnet wurde (Grundgesamtheit des QS-Verfahrens).
Rationale	Das Überprüfen des Therapiefortschritts zielt unmittelbar auf die Wirksamkeit der Versorgung sowie die Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten und ist somit ein patientenrelevantes Ziel. **Leitlinien** Eine Leitlinie empfiehlt, die Wirkung der Behandlung regelmäßig zu prüfen. ▪ Bandelow et al. (2014): AWMF-Registernummer 051-028. S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen Leitlinien empfehlen, die Zielerreichung im Therapieverlauf zu beobachten und Therapieziele ggf. anzupassen. ▪ DGBS/DGPPN (2019): AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen ▪ APA (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder ▪ DGPPN et al. (2017): AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie. Nationale Versorgungs-Leitlinie: Unipolare Depression

vertraulich

	Eine Leitlinie empfiehlt, im Therapieverlauf das Ansprechen auf die Therapie anhand der Symptomatik zu prüfen. ▪ APA (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder Eine Leitlinie empfiehlt, im Therapieverlauf die Symptomatik, die Therapieadhärenz und Funktionalität zu erheben. ▪ APA (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder Eine Leitlinie empfiehlt, psychische und somatische Komorbiditäten [bei bipolarer Störung] im Therapieverlauf zu beobachten ▪ DGBS/DGPPN (2019): AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen
	Literatur ▪ Lambert et al. (2018): Collecting and Delivering Progress Feedback: A Meta-Analysis of Routine Outcome Monitoring Das Messen, Verlaufsbeobachten und Rückmelden von Therapiefortschritten an den Therapeuten / die Therapeutin während des therapeutischen Prozesses mithilfe des OQ-45 bzw. dem PCOMS hat positive Auswirkungen auf das therapeutische Outcome. Etwa zwei Drittel der Studien belegen ein besseres Outcome unter Verwendung eines Routine-Outcome-Messungssystems als ohne. Das regelmäßige Geben von Feedback zu den Therapiefortschritten reduziert Verschlechterungen und verbessert insbesondere bei Patientinnen und Patienten, bei denen ein schlechteres Outcome vorhergesagt wird, das klinische Ergebnis.
	Fokusgruppen Eine Reflexion des Therapieverlaufs durch die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten wird durch die Patientin / den Patienten als hilfreich wahrgenommen. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beschreiben eine Reflexion des Therapieverlaufs als wichtig für die Behandlung, betonen aber auch die verfahrensspezifischen Besonderheiten bei der Umsetzung und die Notwendigkeit des patientenindividuellen Vorgehens. Es gibt Hinweise, dass ein Reflektieren des Behandlungsverlaufs nicht regelhaft stattfindet.
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulante/r Psychologische/r oder ärztliche/r Psychotherapeutin/Psychotherapeut oder MVZ
verantwortlich für Dokumentation	ambulante/r Psychologische/r oder ärztliche/r Psychotherapeutin/Psychotherapeut oder MVZ
Erhebungsinstrument	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation

vertraulich

Anmerkungen	Der Therapieverlauf ist die Phase zwischen der Anfangsphase der Behandlung und der Abschlussphase. Er umfasst die Kernzeit der therapeutischen Intervention. Die Länge der Verlaufsphase wird patientenindividuell von dem Psychotherapeuten / der Psychotherapeutin festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Die behandlungsrelevanten Dimensionen entsprechen denen, die in QI 43xx14 abgefragt werden. Für diesen QI sind nur die für diese individuelle Behandlung relevanten Dimensionen zu prüfen.
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 95 %
mögliche Risikofaktoren	entfällt
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
Datenfelder für die Berechnung des Indikators	

Zähler:

- UND-Verknüpfung: Um das Qualitätsziel für einen Fall zu erreichen, müssen die Leistungserbringer die für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen und die Erreichung der patientenindividuellen Therapieziele überprüfen und dies dokumentieren.
- DF 29 (1) UND 29.1> (Datum) UND DF 30 (1) UND DF 30.1> (Datum)

Nenner:

- Grundgesamtheit des QS-Verfahrens

Therapieverlauf		
DF 29	Wurden die für diesen individuellen Behandlungsfall relevanten Dimensionen überprüft?	0 = nein 1 = ja
DF 29.1>	Wenn DF 29 = 1 Datum der Durchführung TT.MM.JJJJ	□□.□□.□□□□
DF 30	Wurde überprüft, ob die patientenindividuellen Therapieziele erreicht wurden?	0 = nein 1 = ja

vertraulich

	DF 30.1>	Wenn DF 30 = 1 Datum der Durchführung TT.MM.JJJJ	□□.□□.□□□□
	DF 31	Wurden, sofern erforderlich, die patientenindividuellen Therapieziele angepasst?	0 = nein 1 = ja
	DF 31.1>	Wenn DF 31 = 1 Datum der Durchführung TT.MM.JJJJ	□□.□□.□□□□

vertraulich

3.2 Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf "

Bezeichnung	**Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf**
ID	43xx18
Qualitätsziel	Im Therapieverlauf sollen in möglichst vielen Fällen dem Behandlungsfall angemessene, psychodiagnostische Testverfahren und/oder ein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt und ausgewertet werden.
Indikatortyp	Prozessindikator
Zähler	Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen im Therapieverlauf mindestens ein dem Behandlungsfall angemessenes, psychodiagnostisches Testverfahren und/oder standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt und dokumentiert wurde
Nenner	Anzahl der Fälle, für die eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder eine Verhaltenstherapie oder eine Systemische Therapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie als Kurzzeit- oder Langzeittherapie im Einzelsetting durch eine Psychologische Psychotherapeutin / einen Psychologischen Psychotherapeuten oder eine ärztliche Psychotherapeutin / einen ärztlichen Psychotherapeuten abgerechnet wurde (GOP 35401, 35402, 35405, 35421, 35422, 35425, 35431, 35432, 35435)
Rationale	Das Überprüfen des Therapiefortschritts zielt unmittelbar auf die Wirksamkeit der Versorgung sowie die Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten und ist somit ein patientenrelevantes Ziel. **Leitlinien** Eine Leitlinie empfiehlt die Anwendung und Auswertung von Testverfahren im Verlauf zur Reflexion der Effektivität der Therapie. ▪ NCCMH (2010 [2018]): NICE Clinical Guideline CG90. Depression. The Treatement and Management of Depression in Adults (Updated Edition) Eine Leitlinie empfiehlt die regelmäßige Prüfung der Wirkung einer Behandlung durch entsprechende Skalen. ▪ Bandelow et al. (2014): AWMF-Registernummer 051-028. S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen Leitlinien empfehlen die Anwendung von Instrumenten der Fremd- oder Selbsteinschätzung zur [initialen Diagnostik] und Verlaufsdiagnostik. ▪ APA (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder

vertraulich

	▪ DGBS/DGPPN (2019): AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen Einie Leitlinie empfiehlt die Erhebung der Symptomatik, Therapieadhärenz und Funktionalität im Therapieverlauf mittels Testverfahren. ▪ APA (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder Eine Leitlinie empfiehlt die Anwendung bewährter Fremd- und Selbstbeurteilungsinstrumente im Therapieverlauf zur Erhebung des psychischen Befindens. ▪ DGBS/DGPPN (2019): AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen Eine Leitlinie empfiehlt die Anwendung bewährter Fremdbeurteilungsinstrumente im Therapieverlauf zur Erhebung des psychosozialen Funktionsvermögens. ▪ DGBS/DGPPN (2019): AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen Eine Leitlinie empfiehlt die Anwendung validierter Messinstrumente zur Unterstützung der Therapieevaluation. ▪ NCCMH (2011 [2018]): NICE Clinical Guideline CG123. Common Mental Health Disorders. Identification and Pathways to Care
	Literatur ▪ Lambert et al. (2018): Collecting and Delivering Progress Feedback: A Meta-Analysis of Routine Outcome Monitoring Das Messen, Verlaufsbeobachten und Rückmelden von Therapiefortschritten an den Therapeuten / die Therapeutin während des therapeutischen Prozesses mithilfe des OQ-45 bzw. dem PCOMS hat positive Auswirkungen auf das therapeutische Outcome. Etwa zwei Drittel der Studien belegen ein besseres Outcome unter Verwendung eines Routine-Outcome-Messungssystems als ohne. Das regelmäßige Geben von Feedback zu den Therapiefortschritten reduziert Verschlechterungen und verbessert insbesondere bei Patientinnen und Patienten, bei denen ein schlechteres Outcome vorhergesagt wird, das klinische Ergebnis.
	Fokusgruppen Patientinnen und Patienten empfanden die Anwendung von Testverfahren im Therapieverlauf als hilfreich, um den Behandlungsfortschritt einschätzen zu können. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wandten Testverfahren im Therapieverlauf ausschließlich patientenindividuell an. Die Anwendung wurde teilweise als hilfreich erachtet.

vertraulich

	Es gibt Hinweise aus Fokusgruppen, dass es in der ambulanten Psychotherapie nicht regelmäßig zur Anwendung von Testverfahren im Therapieverlauf kommt.
	Sozialdaten Hochrechnungen auf Basis eigener Analysen von Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2016[5] ergaben jedoch, dass bei nur ca. 15 % der Patientinnen und Patienten im Verlauf der psychotherapeutischen Behandlung der Einsatz von Messinstrumenten abgerechnet wird.
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulante/r Psychologische/r oder ärztliche/r Psychotherapeutin/Psychotherapeut oder MVZ
verantwortlich für Dokumentation	ambulante/r Psychologische/r oder ärztliche/r Psychotherapeutin/Psychotherapeut oder MVZ
Erhebungsinstrument	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation
Anmerkungen	Der Therapieverlauf ist die Phase zwischen der Anfangsphase der Behandlung und der Abschlussphase. Er umfasst die Kernzeit der therapeutischen Intervention. Die Länge der Verlaufsphase wird patientenindividuell von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Die Entscheidung über die patientenindividuelle Angemessenheit und den Einsatz konkreten standardisierten Testverfahrens liegt bei der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten. Die standardisierten Instrumente entsprechen denen, die in QI 43xx15 abgefragt werden. Der Indikator wird gegebenenfalls stratifiziert ausgewertet. Nach der Machbarkeitsprüfung oder Erprobungsphase kann entschieden werden, ob für die analytische Psychotherapie ein analoger Zusatzparameter eingefügt wird.
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 90 %
mögliche Risikofaktoren	entfällt
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.

[5] Eigene Hochrechnungen der Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse.

vertraulich

Datenfelder für die Berechnung des Indikators

Zähler:

- ODER-Verknüpfung: Um das Qualitätsziel für einen Fall zu erreichen, müssen die Leistungserbringer mindestens ein, dem individuellen Behandlungsfall angemessenes, psychodiagnostisches Testverfahren oder ein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchführen, sofern dies von der Patientin / dem Patienten nicht abgelehnt wird, und das Datum der Durchführung dokumentieren.
- DF 12 (GOP 35401 ODER 35402 ODER 35405 ODER 35421 ODER 35422 ODER 35425 ODER 35431 ODER 35432 ODER 35435) UND ((DF 32 (1) UND (32.1.1> (Datum) ODER 32.2.1> (Datum)) ODER (DF 32 (0) UND DF 32.3> (0)) ODER ((DF 33 (1) UND DF 33.1> (Datum)) ODER (DF 33 (0) UND DF 33.2> (0))

Nenner:

- GOP 35401, 35402, 35405, 35421, 35422, 35425, 35431, 35432, 35435

DF 12	Welches psychotherapeutische Verfahren wurde angewendet?	GOP □□□□□
DF 32	Wurde ein, dem individuellen Behandlungsfall angemessenes, psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt? Fremd- und/oder Selbstbeurteilung	0 = nein 1 = ja
DF 32.1>	Wenn DF 32 = 1 Wurde ein standardisiertes Testverfahren durchgeführt?	0 = nein 1 = ja
DF 32.1.1>	Wenn DF 32.1> = 1 Datum der Durchführung TT.MM.JJJJ	□□.□□.□□□□
DF 32.2>	Wenn DF 32 = 1 Wurde ein psychometrisches Testverfahren durchgeführt?	0 = nein 1 = ja

vertraulich

	DF 32.2.1>	Wenn DF 32.2> = 1 Datum der Durchführung TT.MM.JJJJ	□□.□□.□□□□
	DF 32.3>	Wenn DF 32 = 0 Aus welchem Grund wurde kein psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt?	0 = Patientin/Patient lehnte ab 1 = anderer Grund
	DF 33	Wurde ein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt?	0 = nein 1 = ja
	DF 33.1>	Wenn DF 33 = 1 Datum der Durchführung TT.MM.JJJJ	□□.□□.□□□□
	DF 33.2>	Wenn DF 33 = 0 Aus welchem Grund wurde kein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt?	0 = Patientin/Patient lehnte ab 1 = anderer Grund

vertraulich

4 Qualitätsaspekt „Kooperation“

4.1 Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten“

Bezeichnung	**Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten**
ID	43xx19
Qualitätsziel	In möglichst allen Fällen soll zum Zwecke der Behandlungsplanung und -koordination ein Austausch mit anderen an der Behandlung der Patientin / des Patienten Beteiligten stattfinden.
Indikatortyp	Prozessindikator
Zähler	Anzahl der Fälle, in denen sich die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut zum Zwecke der Behandlungsplanung und -koordination mit anderen an der Behandlung der Patientin / des Patienten Beteiligten ausgetauscht hat
Nenner	Anzahl der Fälle, in denen andere ärztliche und/oder nicht-ärztliche Leistungserbringer an der Behandlung der Patientin / des Patienten beteiligt waren
Rationale	Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit anderen an der Behandlung der Patientin / des Patienten Beteiligten zielt unmittelbar auf die Koordination und Kontinuität der Versorgung und ist somit ein patientenrelevantes Ziel. **Leitlinien** Leitlinien empfehlen patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten. ▪ DGPM/DGKJP (2018): AWMF-Registernummer 051-026. S3-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Essstörungen ▪ DGPPN (2019): AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie Eine Leitlinie empfiehlt engmaschige Absprachen und Kommunikation zwischen den an der Behandlung Beteiligten. ▪ DGPM/DGKJP (2018): AWMF-Registernummer 051-026. S3-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Essstörungen Eine Leitlinie empfiehlt Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten im Rahmen der Diagnostik. ▪ DGBS/DGPPN (2019): AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen

vertraulich

	Leitlinien empfehlen Absprachen und Kommunikation mit ärztlichen Mitbehandlerinnen und Mitbehandlern zur Bestimmung und/oder Abklärung somatischer Parameter. ▪ DGBS/DGPPN (2019): AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen ▪ DGPM/DGKJP (2018): AWMF-Registernummer 051-026. S3-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Essstörungen ▪ DGPPN (2019): AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie Eine Leitlinie empfiehlt einen regelmäßigen Austausch der an der Behandlung Beteiligten zum Zwecke der Behandlungskoordination und -synchronisation und des Austauschs relevanter Informationen für Behandlungsentscheidungen ▪ APA (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder
	Literatur ▪ Kammerer et al. (2019): Hindernisse und Voraussetzungen für die Vermittlung älterer, depressiv erkrankter Menschen in Psychotherapie aus Sicht von HausärztInnen Die befragten Hausärztinnen und Hausärzte sahen die Notwendigkeit einer verbesserten Kooperation mit und Rückmeldung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Ein stärkerer Austausch wurde als notwendiger/wünschenswerter Beitrag „zum Verständnis der unterschiedlichen Perspektiven der Berufsgruppen“ gesehen.
	Fokusgruppen Einige Patientinnen und Patienten erachteten Absprachen und Kommunikation zwischen ihrer Psychotherapeutin / ihrem Psychotherapeuten und dem/der ärztlichen Mitbehandelnden als hilfreich, gut funktionierend und notwendig, während andere diese als unzureichend empfanden. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten berichteten von Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten, deren Durchführung vom individuellen Behandlungsfall abhängt. Es lässt sich der Hinweis ableiten, dass die Kooperation zwischen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Hausärztinnen/Hausärzten Verbesserungspotenzial zu besitzen scheint, wobei hinsichtlich Absprachen und Kommunikation kein einheitlicher Standard in der psychotherapeutischen Versorgungspraxis zu bestehen scheint. Insbesondere bei schweren psychischen Erkrankungen scheint die Kooperation der Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten mit den Hausärztinnen/Hausärzten und Psychiaterinnen/Psychiatern eine hohe Relevanz zu haben.

vertraulich

verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulante/r Psychologische/r oder ärztliche/r Psychotherapeut/in oder MVZ
verantwortlich für Dokumentation	ambulante/r Psychologische/r oder ärztliche/r Psychotherapeut/in oder MVZ
Erhebungsinstrument	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation
Anmerkungen	Der Austausch mit anderen an der Behandlung der Patientin / des Patienten Beteiligten zum Zwecke der Behandlungsplanung und -koordination kann in der Anfangsphase, im Therapieverlauf oder in der Abschlussphase der Therapie stattfinden und dokumentiert werden.
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 95 %
mögliche Risikofaktoren	entfällt
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
Datenfelder für die Berechnung des Indikators	
	Zähler: ▪ ODER-Verknüpfung: Um das Qualitätsziel für einen Fall zu erreichen, müssen die Leistungserbringer, sofern erforderlich, sich während der Behandlung mit mindestens einem anderen Mitbehandelnden austauschen, sofern dieser vorhanden und erreichbar war und die Patientin / der Patient diese Kommunikation nicht ablehnte. Dieser Vorgang muss auch dokumentiert worden sein. ▪ DF 34 (1) UND ((DF 34.1> (1) UND DF 34.1.1> (1) UND DF 34.1.1.1> (1)) ODER DF 34.1> (0) ODER (DF 34.2> (1) UND 34.2.1> (0) UND 34.2.1.2> (1 ODER 2) ODER (DF 34.2> (1) UND DF 34.2.1> (1) UND DF 34.2.1.1> (1)) ODER DF 34.2> (0) ODER (DF 34.2> (1) UND 34.2.1> (0) UND 34.2.1.2> (1 ODER 2) ODER (DF 34.3> (1) UND DF 34.3.1> (1) UND DF 34.3.1.1> (1)) ODER DF 34.3> (0) ODER (DF 34.3> (1) UND 34.3.1> (0) UND 34.3.1.2> (1 ODER 2) ODER (DF 34.4> (1) UND DF 34.4.1> (1) UND DF 34.4.1.1> (1)) ODER DF 34.4> (0) ODER (DF 34.4> (1) UND 34.4.1> (0) UND 34.4.1.2> (1 ODER 2) ODER (DF 34.5> (1) UND DF 34.5.1> (1) UND DF 34.5.1.1> (1)) ODER DF 34.5> (0) ODER (DF 34.5> (1) UND 34.5.1> (0) UND 34.5.1.2> (1 ODER 2) ODER (DF 34.6> (1) UND DF 34.6.1> (1) UND DF 34.6.1.1> (1)) ODER DF 34.6> (0) ODER (DF 34.6> (1) UND 34.6.1> (0) UND 34.6.1.2> (1 ODER 2) ODER (DF 34.7> (1) UND DF 34.7.1> (1) UND DF 34.7.1.1> (1)) ODER DF 34.7> (0) ODER (DF 34.7> (1) UND 34.7.1> (0) UND 34.7.1.2> (1 ODER 2)

vertraulich

Nenner:

- Alle Therapien mit Mitbehandelnden
- DF 34 (1)

DF 34	Waren für diese Patientin / diesen Patienten andere ärztliche oder nicht-ärztliche Leistungserbringer an der Behandlung beteiligt?	0 = nein 1 = ja
DF 34.1>	Wenn DF 34 = 1 Wurde die Patientin / der Patient während der Psychotherapie hausärztlich versorgt?	0 = nein 1 = ja
DF 34.1.1>	Wenn DF 34.1> = 1 Erfolgte ein Austausch mit der Hausärztin / dem Hausarzt?	0 = nein 1 = ja
DF 34.1.1.1>	Wenn DF 34.1.1> = 1 Wurde das Ergebnis dokumentiert?	0 = nein 1 = ja
DF 34.1.1.2>	Wenn DF 34.1.1> = 0 Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?	1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden 2 = Patientin/Patient lehnte ab 3 = anderer Grund
DF 34.2>	Wenn DF 34 = 1 Wurde die Patientin / der Patient während der Psychotherapie durch eine Fachärztin / einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/Nervenheilkunde/Neurologie/	0 = nein 1 = ja

vertraulich

		Neurologie und Psychiatrie mitbehandelt?	
	DF 34.2.1>	Wenn DF 34.2> = 1 Erfolgte ein Austausch mit der Fachärztin / dem Facharzt?	0 = nein 1 = ja
	DF 34.2.1.1>	Wenn DF 34.2.1> = 1 Wurde das Ergebnis dokumentiert?	0 = nein 1 = ja
	DF 34.2.1.2>	Wenn DF 34.2.1> = 0 Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?	1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden 2 = Patientin/Patient lehnte ab 3 = anderer Grund
	DF 34.3>	Wenn DF 34 = 1 Wurde die Patientin / der Patient unmittelbar vor, während oder unmittelbar nach der Psychotherapie in einer psychiatrischen/psychosomatischen Klinik, Tagesklinik oder Rehabilitationsklinik behandelt?	0 = nein 1 = ja
	DF 34.3.1>	Wenn DF 34.3> = 1 Erfolgte ein Austausch mit der entsprechenden Klinik?	0 = nein 1 = ja
	DF 34.3.1.1>	Wenn DF 34.3.1> = 1 Wurde das Ergebnis dokumentiert?	0 = nein 1 = ja

vertraulich

	DF 34.3.1.2>	Wenn DF 34.3.1> = 0 Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?	1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden 2 = Patientin/Patient lehnte ab 3 = anderer Grund
	DF 34.4>	Wenn DF 34 = 1 Bestand bei der Patientin / dem Patienten während der Psychotherapie eine durch eine andere Ärztin / einen anderen Arzt verordnete begleitende Medikation mit Psychopharmaka?	0 = nein 1 = ja
	DF 34.4.1>	Wenn DF 34.4> = 1 Erfolgte ein Austausch mit der verordnenden Ärztin / dem verordnenden Arzt?	0 = nein 1 = ja
	DF 34.4.1.1>	Wenn DF 34.4.1> = 1 Wurde das Ergebnis dokumentiert?	0 = nein 1 = ja
	DF 34.4.1.2>	Wenn DF 34.4.1> = 0 Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?	1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden 2 = Patientin/Patient lehnte ab 3 = anderer Grund
	DF 34.5>	Wenn DF 34 = 1 Hat die Patientin / der Patient während der Psychotherapie, aus psychotherapeutischer/psychiatrischer Indikation, begleitende nichtärztliche Therapien erhalten? Physio-/Ergo-/Soziotherapien	0 = nein 1 = ja

vertraulich

	DF 34.5.1>	Wenn DF 34.5> = 1 Erfolgte ein Austausch mit den nicht-ärztlichen Mitbehandelnden?	0 = nein 1 = ja
	DF 34.5.1.1>	Wenn DF 34.5.1> = 1 Wurde das Ergebnis dokumentiert?	0 = nein 1 = ja
	DF 34.5.1.2>	Wenn DF 34.5.1> = 0 Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?	1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden 2 = Patientin/Patient lehnte ab 3 = anderer Grund
	DF 34.6>	Wenn DF 34 = 1 Wurde die Patientin / der Patient während der Psychotherapie durch sozialpsychiatrische bzw. psychosoziale Institutionen mitbetreut?	0 = nein 1 = ja
	DF 34.6.1>	Wenn DF 34.6> = 1 Erfolgte ein Austausch mit den sozialpsychiatrischen bzw. psychosozialen Institutionen?	0 = nein 1 = ja
	DF 34.6.1.1>	Wenn DF 34.6.1> = 1 Wurde das Ergebnis dokumentiert?	0 = nein 1 = ja
	DF 34.6.1.2>	Wenn DF 34.6.1> = 0 Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?	1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden 2 = Patientin/Patient lehnte ab 3 = anderer Grund

vertraulich

	DF 34.7>	Wenn DF 34 = 1 Erhielt die Patientin / der Patient während der Psychotherapie psychiatrische häusliche Krankenpflege entsprechend der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie?	0 = nein 1 = ja
	DF 34.7.1>	Wenn DF 34.7> = 1 Erfolgte ein Austausch mit den Erbringern der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege?	0 = nein 1 = ja
	DF 34.7.1.1>	Wenn DF 34.7.1> = 1 Wurde das Ergebnis dokumentiert?	0 = nein 1 = ja
	DF 34.7.1.2>	Wenn DF 34.7.1> = 0 Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?	1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden 2 = Patientin/Patient lehnte ab 3 = anderer Grund

vertraulich

5 Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“

5.1 Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie“

Bezeichnung	**Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie**
ID	43xx20
Qualitätsziel	In möglichst allen Fällen soll im Therapieverlauf geprüft und dokumentiert werden, ob die für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen sowie die patientenindividuellen Therapieziele in einem Umfang erreicht sind, der es angemessen erscheinen lässt, die Beendigung der Therapie einzuleiten.
Indikatortyp	Prozessindikator
Zähler	Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen im Therapieverlauf die für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen und das Erreichen der patientenindividuellen Therapieziele überprüft wurden
Nenner	Anzahl der Fälle, für die eine Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie als Kurzzeit- oder Langzeittherapie im Einzelsetting durch eine Psychologische Psychotherapeutin / einen Psychologischen Psychotherapeuten oder eine ärztliche Psychotherapeutin / einen ärztlichen Psychotherapeuten abgerechnet wurde (Grundgesamtheit des QS-Verfahrens)
Rationale	Das Überprüfen des Therapiefortschritts zielt unmittelbar auf die Wirksamkeit der Versorgung sowie die Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten und ist somit ein patientenrelevantes Ziel. Leitlinien Eine Leitlinie empfiehlt, die Dauer psychotherapeutischer Behandlungen am aktuellen Zustand und den Bedürfnissen der Betroffenen sowie den Zielen der Behandlung zu orientieren. ▪ DGBS/DGPPN (2019): AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen Eine Leitlinie empfiehlt, das Thema der Therapiebeendigung im Vorfeld der finalen Phase der Therapie zu besprechen, wobei dieser Prozess zwischen den Therapieverfahren variieren kann. ▪ APA (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder

vertraulich

	Da die Einleitung der Abschlussphase vom Zwischenergebnis der Behandlung abhängt, gelten zusätzlich die Empfehlungen der Leitlinien zur wiederholten Überprüfung des Therapieverlaufs: Eine Leitlinie empfiehlt, die Wirkung der Behandlung regelmäßig zu prüfen. ▪ Bandelow et al. (2014): AWMF-Registernummer 051-028. S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen Leitlinien empfehlen, die Zielerreichung im Therapieverlauf zu beobachten und Therapieziele ggf. anzupassen. ▪ DGBS/DGPPN (2019): AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen ▪ APA (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder ▪ DGPPN et al. (2017): AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie. Nationale Versorgungs-Leitlinie: Unipolare Depression Eine Leitlinie empfiehlt, im Therapieverlauf das Ansprechen auf die Therapie anhand der Symptomatik zu prüfen. ▪ APA (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder Eine Leitlinie empfiehlt, im Therapieverlauf die Symptomatik, die Therapieadhärenz und Funktionalität zu erheben. ▪ APA (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder Eine Leitlinie empfiehlt, psychische und somatische Komorbiditäten [bei bipolarer Störung] im Therapieverlauf zu beobachten ▪ DGBS/DGPPN (2019): AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen
	Literatur ▪ Lambert et al. (2018): Collecting and Delivering Progress Feedback: A Meta-Analysis of Routine Outcome Monitoring Das Messen, Verlaufsbeobachten und Rückmelden von Therapiefortschritten an den Therapeuten / die Therapeutin während des therapeutischen Prozesses mithilfe des OQ-45 bzw. dem PCOMS hat positive Auswirkungen auf das therapeutische Outcome. Etwa zwei Drittel der Studien belegen ein besseres Outcome unter Verwendung eines Routine Outcome Messungssystems als ohne. Das regelmäßige Geben von Feedback zu den Therapiefortschritten reduziert Verschlechterungen und verbessert insbesondere bei Patientinnen und Patienten, bei denen ein schlechteres Outcome vorhergesagt wird, das klinische Ergebnis

vertraulich

	Fokusgruppen Patientinnen und Patienten berichteten, dass eine Reflexion des Therapieverlaufs durch die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten stattgefunden hat. Es wurde von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten berichtet, dass diese eine Reflexion des Therapieverlaufs vornehmen, teilweise unter Einbezug der Patientin / des Patienten. Es gibt Hinweise, dass dieses Vorgehen vom angewandten Therapieverfahren abhängig ist. Der Vorgang der Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Abschlussphase scheint verfahrensspezifisch unterschiedlich umgesetzt zu werden und kein einheitlicher Standard in der psychotherapeutischen Praxis zu sein.
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulante/r Psychologische/r oder ärztliche/r Psychotherapeutin/Psychotherapeut oder MVZ
verantwortlich für Dokumentation	ambulante/r Psychologische/r oder ärztliche/r Psychotherapeutin/Psychotherapeut oder MVZ
Erhebungsinstrument	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation
Anmerkungen	Die Abschlussphase dient u.a. der gezielten Vorbereitung auf das Therapieende. Der Beginn der Abschlussphase wird durch den Psychotherapeuten / die Psychotherapeutin gemeinsam mit dem Patienten / der Patientin festgelegt. Für diesen Indikator sind nur die für diese individuelle Behandlung relevanten Dimensionen zu prüfen.
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 95 %
mögliche Risikofaktoren	entfällt
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
Datenfelder für die Berechnung des Indikators	
	Zähler: ▪ UND-Verknüpfung: Um das Qualitätsziel für einen Fall zu erreichen, müssen die Leistungserbringer, sofern kein Abbruch der Therapie stattfand, die für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen und die Erreichung der patientenindividuellen Therapieziele überprüfen und dies dokumentieren. ▪ DF (35 (0) UND DF 35.4> (1 ODER 2)) ODER (DF 35 (1) UND DF 35.1> UND DF 35.1.1> UND DF 35.2> UND DF 35.2.1>) **Nenner**: ▪ Grundgesamtheit des QS-Verfahrens

vertraulich

	Abschlussphase der Behandlung	
DF 35	Wurde der patientenindividuelle Therapieverlauf überprüft?	0 = nein 1 = ja
DF 35.1>	Wenn DF 35 = 1 Wurden die für diesen Behandlungsfall relevanten Dimensionen überprüft?	0 = nein 1 = ja
DF 35.1.1>	Wenn DF 35.1> = 1 Datum der Durchführung TT.MM.JJJJ	□□.□□.□□□□
DF 35.2>	Wenn DF 35 = 1 Wurde überprüft, ob die patientenindividuellen Therapieziele erreicht wurden?	0 = nein 1 = ja
DF 35.2.1>	Wenn DF 35.2> = 1 Datum der Durchführung TT.MM.JJJJ	□□.□□.□□□□
DF 35.3>	Wenn DF 35 = 1 Wurden, sofern erforderlich, die patientenindividuellen Therapieziele angepasst?	0 = nein 1 = ja
DF 35.3.1>	Wenn DF 35.3> = 1 Datum der Durchführung TT.MM.JJJJ	□□.□□.□□□□
DF 35.4>	Wenn DF 35 = 0 Aus welchem Grund wurde der patientenindividiuelle Therapieverlauf nicht überprüft?	0 = Therapieabbruch durch Patientin/Patienten 1 = Therapieabbruch durch Leistungserbringer 2 = anderer Grund

vertraulich

5.2 Qualitätsindikator „Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses“

Bezeichnung	**Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses**
ID	43xx21
Qualitätsziel	In der Abschlussphase der Therapie soll in möglichst allen Fällen geprüft werden, ob eine Rezidivprophylaxe oder andere Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses erforderlich sind.
Indikatortyp	Prozessindikator
Zähler	Anzahl der Fälle, für die in der Abschlussphase der Therapie abgeklärt wurde, ob nach Therapiebeendigung eine Rezidivprophylaxe oder andere Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses erforderlich sind
Nenner	Anzahl der Fälle, in denen die Notwendigkeit anschließender Maßnahmen besteht, um das Behandlungsergebnis abzusichern
Rationale	Das Abklären, ob weitere therapeutische Maßnahmen nach Ende der ambulanten Richtlinien-Psychotherapie erforderlich sind, zielt unmittelbar auf die Kontinuität und Angemessenheit der Versorgung sowie auf die Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten und ist somit ein patientenrelevantes Ziel. **Leitlinien** Eine Leitlinie empfiehlt für jede Psychotherapie Follow-up-Sitzungen zur Prävention von Rückfällen. ▪ Jobst et al. (2016): European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe Leitlinien empfehlen, patienientindividuell (Patientinnen und Patienten mit hohem Rückfallrisiko) bzw. diagnosespezifisch, eine Erhaltungstherapie bzw. Rezidivprophylaxe zur Vermeidung von Rückfällen im Anschluss an die Psychotherapie. ▪ NCCMH (2013 [2017]): NICE Clinical Guideline CG159. Social Anxiety Disorder: Recognition, Assessment and Treatment ▪ APA (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder ▪ DGPPN et al. (2017): AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie. Nationale Versorgungs-Leitlinie: Unipolare Depression ▪ VA/DoD (2016): VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Major Depressive Disorder

vertraulich

	Leitlinien empfehlen, den aktuellen Status therapierelevanter Dimensionen, wie die Symptomatik und Komorbiditäten, patientenindividuell in die Entscheidung über eine Erhaltungstherapie einfließen zu lassen. ▪ APA (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder ▪ DGBS/DGPPN (2019): AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen Eine Leitlinie empfiehlt für Patientinnen und Patienten mit chronischer und wiederkehrender Störung (Depression) eine Erhaltungstherapie von unbegrenzter Dauer. ▪ APA (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder Eine Leitlinie empfiehlt, die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, der Komorbidität und der psychosozialen Rahmenbedingungen individuell zu planen. ▪ Bandelow et al. (2014): AWMF-Registernummer 051-028. S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen Eine Leitlinie empfiehlt eine angemessene psychotherapeutische Nachbehandlung (Erhaltungstherapie) zur Stabilisierung des Therapieerfolgs und Senkung des Rückfallrisikos. ▪ DGPPN et al. (2017): AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie. Nationale Versorgungs-Leitlinie: Unipolare Depression
	Fokusgruppen Die Abklärung bezüglich weiterführender Maßnahmen bzw. einer Rezidivprophylaxe durch ihre Psychotherapeutin / ihren Psychotherapeuten wurde von den Patientinnen und Patienten sehr unterschiedlich erlebt. Während einige positive Erfahrungen gemacht haben, haben andere diesen Aspekt der Behandlung als defizitär erlebt. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten berichteten von keiner grundsätzlichen Indikation für eine Rezidivprophylaxe, sondern einer Abklärung einer Indikation für eine Rezidivprophylaxe nur in besonderen Fällen. Die Abklärung bezüglich weiterführender Maßnahmen, einer Rezidivprophylaxe oder Verlängerung der Therapie scheint aus der Patientenperspektive verbesserungswürdig zu sein. Sie scheint kein einheitlicher Standard in der psychotherapeutischen Praxis zu sein.
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulante/r Psychologische/r oder ärztliche/r Psychotherapeutin/Psychotherapeut oder MVZ
verantwortlich für Dokumentation	ambulante/r Psychologische/r oder ärztliche/r Psychotherapeutin/Psychotherapeut oder MVZ
Erhebungsinstrument	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation

vertraulich

Anmerkungen	Die Abschlussphase dient u.a. der gezielten Vorbereitung auf das Therapieende. Der Beginn der Abschlussphase wird durch den Psychotherapeuten / die Psychotherapeutin gemeinsam mit dem Patienten / der Patientin festgelegt.
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 95 %
mögliche Risikofaktoren	entfällt
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
Datenfelder für die Berechnung des Indikators	

Zähler:

- UND-Verknüpfung: Um das Qualitätsziel für einen Fall zu erreichen, müssen die Leistungserbringer, sofern die Notwendigkeit anschließender Maßnahmen besteht, alle Vorgaben erfüllen und somit müssen die Datenfelder 36.1 bis 36.6 mit „ja“ beantwortet werden.
- DF 36 (1) UND DF 36.1> (1) UND DF 36.2> (1) UND DF 36.3> (1) UND DF 36.4> (1) UND DF 36.5> (1) UND DF 36.6>)

Nenner:

- DF 36 (1)

DF 36	Besteht im individuellen Behandlungsfall die Notwendigkeit anschließender Maßnahmen, um das Behandlungsergebnis abzusichern?	0 = nein 1 = ja
DF 36.1>	Wenn DF 36 = 1 Wurde die Erforderlichkeit einer weiteren Betreuung mittels eines psychotherapeutischen Gespräches geprüft? Einzelbehandlung GOP 23220	0 = nein 1 = ja
DF 36.2>	Wenn DF 36 = 1 Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Rezidivprophylaxe gemäß § 14 Abs. 2 ff. Psychotherapie-Richtlinie geprüft?	0 = nein 1 = ja

vertraulich

	DF 36.3>	Wenn DF 36 = 1 Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Weiterbehandlung durch Fachärztinnen und Fachärzte geprüft? einschließlich Hausärztinnen und Hausärzte	0 = nein 1 = ja
	DF 36.4>	Wenn DF 36 = 1 Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Behandlung durch nicht-ärztliche Behandelnde geprüft?	0 = nein 1 = ja
	DF 36.5>	Wenn DF 36 = 1 Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Versorgung durch sozialpsychiatrische bzw. psychosoziale Institutionen geprüft?	0 = nein 1 = ja
	DF 36.6>	Wenn DF 36 = 1 Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Behandlung durch (teil-) stationäre Leistungserbringer geprüft?	0 = nein 1 = ja

vertraulich

6 Qualitätsaspekt „Outcome“

6.1 Qualitätsindikator „Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie“

Bezeichnung	**Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie**
ID	43xx22
Qualitätsziel	In möglichst vielen Fällen soll in der Abschlussphase der Therapie das Ergebnis in den für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen und das Erreichen der patientenindividuellen Therapieziele festgestellt werden.
Indikatortyp	Prozessindikator
Zähler	Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen in der Abschlussphase der Therapie das Ergebnis in den für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen und das Erreichen der patientenindividuellen Therapieziele erhoben wurde
Nenner	Anzahl der Fälle, für die eine Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie als Kurzzeit- oder Langzeittherapie im Einzelsetting durch eine Psychologische Psychotherapeutin / einen Psychologischen Psychotherapeuten oder eine ärztliche Psychotherapeutin / einen ärztlichen Psychotherapeuten abgerechnet wurde (Grundgesamtheit des QS-Verfahrens)
Rationale	Eine zentrale Dimension des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ ist – vor dem übergreifenden Leitbild der Patientenzentrierung – die Wirksamkeit (*effectiveness*) der Behandlung. Diese wird als eine grundlegende Anforderung an die Gesundheitsversorgung gesehen, die bei einer umfassenden leistungserbringerbezogenen Qualitätsbeurteilung berücksichtigt werden sollte. Die tatsächliche Wirksamkeit der Versorgung ist dabei im Sinne der Patientenzentrierung und folglich der Qualitätssicherung maßgeblich (IQTIG 2019). Dabei wird unter Wirksamkeit der Versorgung das Ausmaß verstanden, in dem die angestrebten Versorgungsergebnisse tatsächlich auch erreicht werden und zielt unmittelbar auf den Nutzen für Patientinnen und Patienten ab (IQTIG 2019). Systematische Outcome-Erhebungen sind derzeit in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung kein Standard. Durch die Einführung einer Ergebnisbetrachtung im Rahmen des QS-Verfahrens würde dies erstmals für alle Leistungserbringer und alle Fälle verbindlich etabliert werden.
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulante/r Psychologische/r oder ärztliche/r Psychotherapeutin/Psychotherapeut oder MVZ

vertraulich

verantwortlich für Dokumentation	ambulante/r Psychologische/r oder ärztliche/r Psychotherapeutin/Psychotherapeut oder MVZ
Erhebungsinstrument	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation
Anmerkungen	Die Abschlussphase bildet die letzte Phase der Psychotherapie und ist charakterisiert durch das Erreichen eines ausreichenden Behandlungsziels und der gezielten Vorbereitung auf das Therapieende. Beginn der Abschlussphase und Therapieende werden durch den Psychotherapeuten / die Psychotherapeutin gemeinsam mit dem Patienten / der Patientin festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Die behandlungsrelevanten Dimensionen entsprechen denen, die in QI 43xx14 abgefragt werden.
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 90 %
mögliche Risikofaktoren	entfällt
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
Datenfelder für die Berechnung des Indikators	
	Zähler: ▪ UND-Verknüpfung: Um das Qualitätsziel für einen Fall zu erreichen, müssen die Leistungserbringer die Datenfelder 37, 38 und 39 ausfüllen und die für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen sowie die patientenindividuelle Therapiezielerreichung erheben und dokumentieren. ▪ DF 37 (Datum) UND DF 38 (1 ODER 2 ODER 3 ODER 4) UND DF 39 (1) UND DF 39.1> (Datum) UND DF 40 (1) UND DF 40.1> (Datum) **Nenner**: ▪ Grundgesamtheit des QS-Verfahrens

DF 37	Enddatum dieser Richtlinientherapie TT.MM.JJJJ	□□.□□.□□□□

vertraulich

	DF 38	Grund der Beendigung dieser Richtlinientherapie	1 = Einvernehmliche Beendigung ohne Rezidivprophylaxe 2 = Einvernehmliche Beendigung mit Rezidivprophylaxe 3 = Stundenkontingent entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie erschöpft 4 = Verlängerung wurde von der Krankenkasse abgelehnt 5 = Therapieabbruch durch Patientin/Patienten 6 = Therapieabbruch durch Leistungserbringer 8 = sonstiger Grund
	DF 39	Wurde eine Erhebung des Ergebnisses in den für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen durchgeführt?	0 = nein 1 = ja
	DF 39.1>	Wenn DF 39 = 1 Datum der Durchführung TT.MM.JJJJ	□□.□□.□□□□
	DF 40	Wurde eine Erhebung, inwieweit die patientenindividuellen Therapieziele erreicht wurden, durchgeführt?	0 = nein 1 = ja
	DF 40.1>	Wenn DF 40 = 1 Datum der Durchführung TT.MM.JJJJ	□□.□□.□□□□

vertraulich

Literatur

Amann, K; Arens, J; Beutel, M; Bilke-Hentsch, O; Bischof, G; Bonnet, U; et al. (2016): AWMF-Registernummer 076-001. S3-Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen [*Langfassung*]. Stand: 28.02.2016. Hamm [u. a.]: DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001l_S3-Leitlinie_Alkohol_2016-02.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).

APA [American Psychiatric Association] (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder. Third Edition. [Stand:] October 2010 [reaffirmed 31.10.2015]. Washington, US-DC: APA. URL: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf (abgerufen am: 12.07.2018).

APA [American Psychological Association] (2017): Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults [*Full Guideline*]. [Stand:] 24.02.2017. Washington, US-DC: APA. URL: http://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf (abgerufen am: 11.07.2018).

Bandelow, B; Wiltink, J; Alpers, GW; Benecke, C; Deckert, J; Eckhardt-Henn, A; et al. (2014): AWMF-Registernummer 051-028. S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen [*Langfassung*]. Stand: 15.04.2014. Berlin [u. a.]: DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-028l_S3_Angstst%C3%B6rungen_2014-05_2.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).

Beard, JIL; Delgadillo, J (2019): Early response to psychological therapy as a predictor of depression and anxiety treatment outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety* 36(9): 866-878. DOI: 10.1002/da.22931.

Beutler, LE; Kimpara, S; Edwards, CJ; Miller, KD (2018): Fitting psychotherapy to patient coping style: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology* 74(11): 1980-1995. DOI: 10.1002/jclp.22684.

Constantino, MJ; Vîslă, A; Coyne, AE; Boswell, JF (2018): A Meta-Analysis of the Association Between Patients' Early Treatment Outcome Expectation and Their Posttreatment Outcomes. *Psychotherapy* 55(4): 473-485. DOI: 10.1037/pst0000169.

Dewar, M; Paradis, A; Fortin, CA (2020): Identifying Trajectories and Predictors of Response to Psychotherapy for Post-Traumatic Stress Disorder in Adults: A Systematic Review of Literature. *The Canadian Journal of Psychiatry* 65(2): 71-86. DOI: 10.1177/0706743719875602.

vertraulich

DGBS [Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2019): AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion 2.0. Update vom Februar 2019. Frankfurt am Main [u. a.]: DGBS [u. a.]. URL: http://www.leitlinie-bipolar.de/wp-content/uploads/2019/04/S3_Leitlinie-Bipolar_V2_Update_Maerz2019.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).

DGfS [Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung] (2018 [2019]): AWMF-Registernummer 138-001. Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung. Leitlinienreport. [Stand:] 22.02.2019. Hamburg: DGfS. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001m_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf (abgerufen am: 29.07.2019).

DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie]; DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie] (2018): AWMF-Registernummer 051-026. S3-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Essstörungen [*Langfassung*]. Stand: 31.05.2018. Berlin [u. a.]: DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026l_S3_Essstoerung-Diagnostik-Therapie_2019-01.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).

DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; NVL-Programm von BÄK [Bundesärztekammer]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften] (2017): AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression [*Langfassung*]. 2. Auflage, 2015. Version 5. [Stand:] März 2017. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. DOI: 10.6101/AZQ/000364.

DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde], (2019): AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie [*Langfassung*]. Stand: 15.03.2019. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-009l_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf (abgerufen am: 24.06.2019).

Jobst, A; Brakemeier, E-L; Buchheim, A; Caspar, F; Cuijpers, P; Ebmeier, KP; et al. (2016): European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe. *European Psychiatry* 33: 18-36. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.12.003.

Kammerer, K; Falk, K; Heintze, C; Döpfmer, S; Heusinger, J (2019): Hindernisse und Voraussetzungen für die Vermittlung älterer, depressiv erkrankter Menschen in Psychotherapie aus Sicht von HausärztInnen. *Das Gesundheitswesen* 81: 58-62. DOI: 10.1055/s-0042-116589.

Vertraulich

KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2021): Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Arztgruppen-EBM. Psychotherapeut, ärztl./psycholog. Stand: 1. Quartal 2021. Berlin: KBV. URL: https://www.kbv.de/media/sp/EBM_Psychotherapeut_20210101_V1.pdf (abgerufen am: 03.02.2021).

Lambert, MJ; Whipple, JL; Kleinstäuber, M (2018): Collecting and Delivering Progress Feedback: A Meta-Analysis of Routine Outcome Monitoring. *Psychotherapy* 55(4): 520-537. DOI: 10.1037/pst0000167.

Lincoln, T; Pedersen, A; Hahlweg, K; Wiedl, KH; Frantz, I (2019): Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen. (Evidenzbasierte Leitlinien Psychotherapie, Band 5). Göttingen: Hogrefe. ISBN: 978-3-8017-2883-0.

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2010 [2018]): NICE Clinical Guideline CG90. Depression. The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition) [*Full Guideline*]. [Stand:] April 2018. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-904671-85-5. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guidline-pdf-4840934509 (abgerufen am: 09.07.2018).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2018]): NICE Clinical Guideline CG123. Common Mental Health Disorders. Identification and Pathways to Care [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-31-4. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg123/evidence/full-guideline-pdf-181771741 (abgerufen am: 11.07.2018).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2013 [2017]): NICE Clinical Guideline CG159. Social Anxiety Disorder. Recognition, Assessment and Treatment [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-909726-03-1. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg159/evidence/full-guideline-pdf-189895069 (abgerufen am: 11.07.2018).

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2019): NICE Guideline NG116. Posttraumatic stress disorder [*Guidance*]. Published: 05.12.2018, © NICE 2019. London, GB: NICE. ISBN: 978-1-4731-3181-1. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/resources/posttraumatic-stress-disorder-pdf-66141601777861 (abgerufen am: 03.02.2020).

Riemann, D; Baum, E; Cohrs, S; Crönlein, T; Hajak, G; Hertenstein, E; et al. (2017): AWMF-Registernummer 063-003. S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“, Update 2016 [*Langfassung*]. Version 2.0. [Stand:] Dezember 2017. Schwalmstadt-Treysa: DGSM [Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/063-003l_S3_Insomnie-Erwachsene_2018-02.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).

Schawohl, A; Odenwald, M (2018): Häufigkeit und Risikofaktoren des Therapieabbruchs in einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz: Der Einfluss von riskantem Alkoholkonsum zu Therapiebeginn. *Verhaltenstherapie* 28(4): 222-228. DOI: 10.1159/000492086.

vertraulich

VA/DoD [U. S. Department of Veterans Affairs]/[Department of Veterans Affairs Department of Defense] (2016): VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Major Depressive Disorder. Version 3.0. Washington, US-DC: VA/DoD. URL: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/mdd/VADoDMDDCPGFINAL82916.pdf (abgerufen am: 12.07.2018).

vertraulich

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

vertraulich

Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Stellungnahmen zum Vorbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 14. Juni 2021

Impressum

Thema:
Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Stellungnahmen zum Vorbericht

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner:
Prof. Dr. Jürgen Pauletzki, Fanny Schoeler-Rädke

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:
17. Mai 2018

Datum der Abgabe:
14. Juni 2021, redaktionell angepasste Version vom 16. Juni 2021

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

info@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

Stellungnahmen der nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen und Institutionen

- Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie e. V. (BPM)
- Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. / Berufsverband Deutscher Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie e. V. (BVDN/BVDP)
- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DÄVT)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)
- Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung e. V. (DGPSF)
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM)
- Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)
- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e. V. (DKPM)
- Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e. V. (DeGPT)
- GKV-Spitzenverband (GKV-SV)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V (PatV)
- Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (SM BWL)
- Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK)
- Robert Koch-Institut (RKI)
- Systemische Gesellschaft e. V. / Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. (SG/DGFSG)

Stellungnahmen der Mitglieder des Expertengremiums

- Michael Born (Expertengremium)
- Christiane Dittmann (Expertengremium)
- Stefanie Hild-Steimecke (Expertengremium)
- Sebastian Jugert (Expertengremium)
- Mechthild Lahme (Expertengremium)
- Beatrice Piechotta (Expertengremium)
- Sebastian Rühl (Expertengremium)
- Dr. Philipp Victor (Expertengremium)

vertraulich

Stellungnahmen der nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen und Institutionen

vertraulich

© IQTIG 2021

Anlage zum Beschluss

BPM
Berufsverband der Fachärzte
für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie e.V.

BPM-Geschäftsstelle · Meißner Weg 41 · 12355 Berlin

IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Per Mail: verfahrensentwicklung2@iqtig.org

1. Mai 2021

Vorsitzende
Dr. Irmgard Pfaffinger
Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychoanalyse
Knöbelstr. 36, 80538 München
Tel. 089 2283582, Fax 089 60600259
irmgard.pfaffinger@bpm-ev.de

Stellvertretende Vorsitzende
Dr. Norbert Hartkamp
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychoanalyse
Rheinstr. 37, 42697 Solingen
Tel. 0212 22177270, Fax 0212 22177272
norbert.hartkamp@bpm-ev.de

Dr. Rüdiger Behnisch
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Neumeyerstr. 46, 90411 Nürnberg
Tel. 0911 6607020, Fax 0911 66070222
ruediger.behnisch@bpm-ev.de

Schatzmeisterin
Dr. Elke Geng
Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Buckower Damm 259, 12349 Berlin
Tel. 030 31565415, Fax 030 31565416
elke.geng@bpm-ev.de

Geschäftsführerin
Dr. Birgit Mirwald-Schulz
Meißner Weg 41, 12355 Berlin
Tel. 030 28864649, Fax 030 31565416
geschaeftsstelle@bpm-ev.de

Wissenschaftliche Beraterin
PD Dr. Cora S. Weber
Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Innere Medizin
Oberhavel Kliniken GmbH, Klinik Hennigsdorf
Abt. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Marwitzer Str. 91, 16761 Hennigsdorf
Tel. 03302 545-4332, Fax 03302 545-4289
cora.weber@oberhavel-kliniken.de

info@bpm-ev.de
www.bpm-ev.de

Bankverbindung
Deutsche Apotheker- und Ärztebank Hamburg
IBAN DE76 3006 0601 0004 2289 60
BIC DAAEDEDDXXX

vertraulich

Stellungnahme des BPM zum Vorbericht des IQTIG zu den Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Mit Beschluss vom 17. Mai 2018 hat der G-BA das IQTIG beauftragt, ein einrichtungsübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zu entwickeln. Dieses ist diagnose- und therapieverfahrensunabhängig zu gestalten für Patientinnen und Patienten ab dem 18. Lebensjahr, die eine psychotherapeutische Kurzzeit- oder Langzeittherapie bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für Erwachsene in Anspruch nehmen. Ziel ist die Messung und vergleichende Darstellung der Qualität der psychotherapeutischen Versorgung mit Richtlinientherapie anhand einer fallbezogenen QS-Dokumentation. Es soll auf die Beurteilung der Prozessqualität und auch auf die Qualitätsförderung ausgerichtet sein. Zu prüfen ist, ob Aspekte der Ergebnisqualität erfasst werden können, auch unter der Heranziehung längerer Beobachtungszeiträume.

Es wurden neun Qualitätsindikatoren für den Therapieprozess entwickelt, die den sechs Qualitätsaspekten des Qualitätsmodells der fallbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation der Leistungserbringer zuzuordnen sind. Die neuen Prozessindikatoren für Therapeuten sollen mit den Indikatoren der Patientenbefragung das gemeinsame Indikatoren-Set für das Qualitätssicherungsverfahren bilden. Der Dokumentationsbogen hierfür umfasst insgesamt 77 Datenfelder.

Die Auswertung soll länderbezogen erfolgen, basierend auf einer Vollerhebung von ca. 1,5 Mio. Qualitätssicherungsfällen jährlich. An die Leistungserbringer sollen im Sinne eines kontinuierlichen Benchmarkings jährliche Rückmeldeberichte versandt werden. Das Vorliegen einer qualitativen Auffälligkeit soll durch ein Expertengremium auf Landesebene geprüft werden. Vor dem Einsatz dieses Qualitätssicherungsinstruments soll dieses einer umfassenden Machbarkeitsprüfung unterzogen werden.

Der BPM sieht sich der Qualitätssicherung verpflichtet und begrüßt externe Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der ambulanten Psychotherapie. Externe Qualitätssicherung erhöht die Transparenz des Leistungsgeschehens und dient auch der Sicherheit der Patientinnen und Patienten. Somit kann die Einführung von Qualitätssicherungsinstrumenten in der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung einen Gewinn darstellen. Die vom IQTIG angewandte Methodik bei der Entwicklung des QS-Instruments weist dabei einen sehr guten Qualitätsstandard auf. Es ergeben sich aber beim bisher vom IQTIG vorgeschlagenen Vorgehen einige kritische Fragen, die bei der weiteren Entwicklung des Instrumentes zu beachten sind.

1. Zur Frage der Prozess- und Ergebnisqualität

Der BPM begrüßt, dass bei der Benennung der Qualitätsindikatoren ausschließlich Faktoren der Prozessqualität herangezogen werden sollen. Dabei erscheint die Auswahl der Indikatoren adäquat. Lediglich das Fehlen der Beziehungsqualität als zentraler Indikator ist zu bemängeln.

Der Einbezug der Ergebnisqualität wäre mit großen methodischen Problemen verbunden, da der Outcome der psychotherapeutischen Behandlung nicht nur durch die Qualität der Psychotherapie bedingt ist, sondern durch zahlreiche weitere Faktoren geprägt wird, wie z.B. Lebenssituation und kritische Lebensereignisse, Persönlichkeitsstruktur, gleichzeitige Behandlung mit pharmakotherapeutischen, biologischen oder psychosozialen Methoden etc.. Dabei gibt es kein allgemein akzeptiertes wissenschaftliches Modell der Risikoadjustierung, die Anzahl der zu kontrollierenden Variablen ist sehr hoch. Hinzu kommt, dass die Psychotherapie sich oftmals über einen längeren Zeitraum erstreckt, vielfach im Rahmen eines komplexen medizinischen und psychotherapeutischen Leistungsgeschehens, sodass eine Interpretation der Ergebnisse nicht kausal auf die Psychotherapie zurückgeführt werden kann. Daher lässt sich eine vergleichende Outcome-Messung nicht als Qualitätsindikator nutzen.

Die vorgeschlagene systematische Outcome-Erhebung hingegen wird im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens als ein Indikator für die Prozessqualität verwandt. Das heißt, vorgesehen ist nicht ein Vergleich des Outcomes, sondern die Tatsache, ob eine Outcome-Messung erfolgt oder nicht. Auch die Wahl des Instrumentes hierzu wird nicht vorgegeben. Somit besteht die Möglichkeit, dieses Instrument individuell an die Patient*innen und an das Therapieverfahren anzupassen. Dieses Vorgehen erscheint uns sehr zielführend. Dennoch sind hier einige widersprüchliche Aussagen im Text, die immer wieder nahelegen, dass die Ergebnisqualität doch in das QS-Verfahren einbezogen werden soll. Diese Unschärfen im Text sollten geklärt werden.

Im Text wird angedeutet, dass im Rahmen der Patientenbefragung als zweite Säule des QS-Instruments neben der Prozess- auch die Ergebnisqualität adressiert wird. Deren Instrumente sind aktuell noch nicht bekannt und beurteilbar.
Da das Qualitätssicherungsverfahren sich zusammensetzen soll aus den Angaben der Therapeutinnen und Therapeuten sowie der Patientinnen und Patienten, ist insbesondere dieser Punkt aktuell nicht sicher einzuschätzen, da der Patientenfragebogen noch nicht vorliegt. Eine abschließende Beurteilung des Qualitätssicherungsverfahrens ist auch aus Sicht des IQTIG erst in der Zusammenschau dieser beiden Instrumente möglich. Daher möchten wir darauf dringen, dass erneut eine Stellungnahmemöglichkeit eingeräumt wird, sobald das Qualitäts-sicherungsverfahren in Gänze vorliegt und in der Zusammenschau beurteilt werden kann.

2. Zu den Qualitätsindikatoren (Kapitel 5 und 6)

Eine Begründung für die getroffene Auswahl der Qualitätsindikatoren aus einem Set von Qualitätsindikatoren erfolgt leider nicht. Wohl wird das methodische Verfahren dargestellt. Die gewählten Indikatoren erscheinen aber zielführend. Alle mit den Indikatoren adressierten Aspekte

der Prozessqualität sind in den Augen des IQTIG von den Leistungserbringern grundsätzlich beeinflussbar und können der Verantwortung des Leistungserbringers zugeschrieben werden. Dieses ist jedoch bei bestimmten Patientengruppen in Frage zu stellen, z. B. bei Patient*innen mit stark paranoiden Ängsten kann die Kooperation mit anderen Leistungserbringern eine Gefahr darstellen und abgelehnt werden, Patientinnen und Patienten mit somatischem Krankheitsverständnis lehnen krankheitsimmanent ein Gespräch über ihre psychische Befindlichkeit ab. Somit sollte dringend auch eine Kategorie in die Dokumentation eingeführt werden, dass ein QS-Indikator störungsbedingt nicht erfüllt werden kann.

Das IQTIG kann ein Verbesserungspotential bei den QS-Indikatoren selbst nicht erkennbar belegen. Ob durch die Einführung dieser Qualitätsindikatoren und -merkmale tatsächlich eine Verbesserung der Versorgung erzielt werden kann, ist aktuell nicht gut einschätzbar. Empirische Hinweise hierfür liegen aktuell nicht vor. Daher ist zu fordern, dass die Einführung mit einer wissenschaftlichen Begleitforschung verbunden sein sollte.

3. Zum Umsetzungs- und Auswertungskonzept

Die Vollerhebung durch die Therapeuten sowie das Melde- und Rückmeldesystem verlangt angesichts der vom IQTIG genannten 1,5 Mio. versorgter Patient*innen einen hohen technischen, administrativen und personellen Aufwand. Die Kosten dieses Verfahrens sollten kalkuliert und mit dem potentiellen Nutzen abgewogen werden. Zudem ist anzumerken, dass das IQTIG von einer zu geringen Zahl ärztlicher Psychotherapeuten ausgeht. Im Einleitungstext (Kapitel 1.1) wird die Zahl der ärztlichen Psychotherapeuten mit 6.219 zu gering eingeschätzt. Von Seiten der KBV (Stand 31.12.2019) wird die Zahl mit 11.916 angegeben. Es scheint, dass die Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie nicht in die Kalkulation mit eingehen. Insofern ist von erheblich höheren Kosten und höherem organisatorischen Aufwand auszugehen.

Wir stimmen dem IQTIG zu, dass es einer Machbarkeitsstudie bedarf, um die QS-Instrumente zu implementieren. Entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ empfiehlt das IQTIG die Beauftragung einer Machbarkeitsprüfung, um in freiwilliger Kooperation mit Leistungserbringern anhand anonymisierter Echt-Fälle die Dokumentation und die Qualitätsindikatoren zu erproben und zu optimieren.

Der BPM hält eine solche Machbarkeitsstudie vor der Implementierung der QS-Instrumente zur Überprüfung und Anpassung von Verfahrenskomponenten im vorgeschlagenen QS-Verfahren für unabdingbar und empfiehlt, diese neben der wissenschaftlichen Begleitstudie zu beauftragen.

Implementierung eines QS-Instrumentes im Jahr 2022

Die Entwicklung des Qualitätssicherungsinstruments durch das IQTIG steht jedoch noch in einem weiteren Zusammenhang, der im Bericht nicht ausreichend reflektiert wird. Durch das Psychotherapeuten-Ausbildungsreformgesetz wurde festgelegt, dass das aktuelle Antrags- und Gutachterverfahren im Jahre 2022 durch ein anderes Qualitätssicherungsverfahren abgelöst werden soll. Zu Recht verweist das IQTIG auf die Notwendigkeit einer Machbarkeitsprüfung des vorgeschlagenen Qualitätssicherungsverfahrens. Insgesamt ist von einem langfristigen Prozess auszugehen. Gleichzeitig besteht die gesetzliche Auflage, ab dem Jahr 2022 ein das Gutachterverfahren ablösendes Qualitätssicherungsverfahren einzuführen. Der Zwischenbericht thematisiert diese Problematik nicht ausreichend. Es ist nicht zu erkennen, wie diese gelöst werden kann. Außerdem ist darauf hinzuweisen, dass durch die aktuelle Qualitätssicherung im Rahmen des Antrags- und Gutachterverfahrens ein Kontingent von Therapiestunden im Vorhinein für die Therapie bewilligt wird. Dieses schafft einen notwendigen sicheren Rahmen für die Psychotherapie. Dieser Rahmen stellt eine hohe Qualität für die psychotherapeutische Versorgung dar. Er ermöglicht es insbesondere Patient*innen mit schweren Beeinträchtigungen, sich auf eine Therapie einzulassen. Daher besteht die Gefahr, dass es durch den Wechsel des Qualitätssicherungsinstrumentes zu einer erheblichen Einschränkung der Qualität in der Versorgung kommen kann, die durch die Neueinführung eines vielleicht transparenteren, aber

wesentlich formaleren Qualitätssicherungsinstrumentes nicht kompensiert werden kann. Zu dieser Frage sollte das IQTIG sich unbedingt äußern und Vorschläge unterbreiten, wie dieser Gefahr zu begegnen ist.

Da das vorliegende Konzept nur für Einzeltherapien mit Erwachsenen entwickelt wird, stellt sich die Frage, wie die gesetzlichen Vorgaben für eine Qualitätssicherung der Behandlung von Kindern und Jugendlichen und Gruppenbehandlungen von Erwachsenen umgesetzt werden sollen. Bleibt dann für Kinder- und Jugendlichen-Therapien das Gutachterverfahren bestehen? Bleibt dann Gruppentherapie ohne externe Qualitätssicherung durchführbar? Auch hierzu sollte sich das IQTIG äußern.

4. Schweigepflicht

Das IQTIG plant eine Validierung der Datenqualität anhand der Original-Behandlungsakte oder einer zukünftig einzuführenden standardisierten Dokumentation. Eine solche Vorgehensweise ist im Krankenhaus oder in der Rehaklinik unproblematisch, da Patientinnen und Patienten davon ausgehen, dass die Behandler miteinander sprechen. In der ambulanten Praxis ist zu bedenken, dass wir ein anderes Maß an Vertraulichkeit haben. Die Aufzeichnungen der Therapeutinnen und Therapeuten dokumentieren dabei sehr intime Aspekte der Patient*innen. Die Fragen der Vertraulichkeit und Schweigepflicht müssen in diesem Zusammenhang daher in besonderer Weise geprüft werden.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir und auch das DKPM uns hiermit der Stellungnahme der DGPM anschließen. Beide Gruppierungen werden Ihnen diese mit gesondertem Schreiben zusenden.

Dr. med. Irmgard Pfaffinger
Vorsitzende des BPM

vertraulich

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

Berufsverband Deutscher Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie

Berlin, 02.05.2021

Stellungnahme BVDP/BVDN zum

Vorbericht des IQTiG zum Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

1. Vorbemerkung:

Der Berufsverband Deutscher Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie BVDP und der Berufsverband deutscher Nervenärzte BVDN vertreten die in Deutschland vertragsärztlich tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie die überwiegend psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Nervenärztinnen und Nervenärzte bzw. Doppelfachärztinnen und -fachärzte für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie. (Fachgruppencodes im Vorbericht: 58 bzw 51).

Laut Ärztestatistik 2020 der Bundesärztekammer, Stand 31.12.2020, umfasst diese Gruppe rund 6000 Fachärztinnen und Fachärzte (4664 Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie 1455 Nervenärzte/Doppelfachärzte), die durch die Umsetzung des im Vorbericht skizzierten Qualitätssicherungsverfahrens involviert wären.

Diese rund 6000 Fachärztinnen und Fachärzte behandeln überwiegend Menschen mit rezidivierenden oder chronischen psychischen oder hirnorganischen Erkrankungen, wobei die Richtlinien-Psychotherapie in der Regel ein Baustein eines Gesamtbehandlungsplans ist.

Die vorliegende Stellungnahme befasst sich mit grundsätzlichen Aspekten des Vorberichtes zum Qualitätssicherungsverfahren, sowie mit übergeordneten, versorgungsorientierten Gesichtspunkten aus der Sicht der vertragsärztlich tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie die überwiegend psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Nervenärztinnen und Nervenärzte bzw. Doppelfachärztinnen und -fachärzte für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie. (Fachgruppencodes im Vorbericht: 58 bzw 51).

2. Einleitung:

Mit Beschluss vom 17. Mai 2018 hat der G-BA das IQTIG beauftragt, unter Berücksichtigung der vom AQUA-Institut herausgearbeiteten therapieverfahrens- und diagnoseübergreifenden Qualitätspotentiale und der aktuellen Psychotherapie-Richtlinie ein einrichtungsübergreifendes QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zu entwickeln.

Ziel des QS-Verfahrens sei die Erstellung eines kompakten, fokussierten und fallbezogenen Instrumentariums.

vertraulich

Als Ziel wird vorgegeben ein Instrumentarium zu entwickeln, das der **Beurteilung der Prozessqualität** dient und **zugleich auf die Qualitätsförderung ausgerichtet ist.** Im Zuge der Verfahrensentwicklung soll auch geprüft werden, **inwieweit Aspekte der Ergebnisqualität** erfasst werden können und **ob ein längerer Beobachtungszeitraum in Betracht gezogen** werden sollte.

Dazu sind grundsätzlich folgende Fragen zu stellen:

Gibt es bedeutende Zweifel an der Prozessqualität psychotherapeutischer Verfahren?

Welche sind das?

Dienen die erarbeiteten Qualitätsmerkmale und daraus abgeleiteten Indikatoren tatsächlich der Förderung der Qualität einer psychotherapeutischen Behandlung?

Wenn das zu entwickelnde Instrumentarium auf die Förderung der Qualität ausgerichtet sein soll, ist zu fragen, an welcher Stelle Qualität bisher definiert ist.

Immerhin müssten die Anwender wissen, was die Qualität ihrer Arbeit ausmacht. Dies müsste schriftlich festgehalten sein. Davon kann allerdings keine Rede sein. Dennoch geht das IQTIG implizit davon aus, dass Qualität sich ausschließlich an bestimmten Prozessen festmacht, denn **es werden nur Qualitätsindikatoren benannt, die ausschließlich die Prozessqualität adressieren** (S. 118 Vorbericht).

Dem wiederum widersprechen allerdings einige der Grundsatzfragen, die sich das IQTIG selbst gestellt hat (S. 20 Vorbericht).

Grundsatzfragen, die das IQTIG selbst aufwirft:

- **Inwieweit ist Ergebnisqualität** in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung mittels dokumentations- bzw. sozialdatenbasierter Indikatoren **überhaupt messbar**? Dabei ist zu bedenken, dass in der Beauftragung die Vorgabe von konkreten standardisierten Instrumenten ausgeschlossen ist.
- Weiter ist die Nutzbarkeit für einen Leistungserbringervergleich im Rahmen der QS bei **ggfs. darstellbarer Ergebnisqualität** zu prüfen.
- Weiterer Prüfauftrag: Inwieweit kann das Therapieergebnis den adressierten Leistungserbringern zugeschrieben werden?
- Welche potentiellen Möglichkeiten der Risikoadjustierung für die ggf. abbildbare Ergebnisqualität sind vorhanden?
- Aufgrund der kleinen Fallzahlen der psychotherapeutischen Leistungserbringer ist der Nutzen eines längeren Beobachtungszeittraumes zu prüfen.
- Es ist zu klären, wie die Umsetzung des QS-Verfahrens konkret erfolgen kann (z. B. Auslösezeitpunkte, Definition von Beginn und Ende der Intervention, strukturelle Voraussetzungen für die Umsetzung).

Die Beantwortung dieser Fragen durch den Vorbericht wird nicht geleistet.

3. Kapitel 4.4: Adressierte Leistungserbringer

In Kapitel 4.4 „Adressierte Leistungserbringer“ werden in der Übersichtstabelle 4 die Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (Fachgruppencode 58) als eingeschlossen angegeben, die Nervenärzte bzw Doppelfachärzte (Fachgruppencode 51) jedoch als obsolet bzw als kammerindividuell obsolet.
Gleichzeitig werden die Psychiatrischen Institutsambulanzen und Hochschulambulanzen nicht eingeschlossen.

Stellungnahme:
Diese Einteilung ist aus Sicht des BVDP/BVDN nicht begründet, da in den Psychiatrischen Institutsambulanzen PIAs sowie in den Praxen der Fachgruppencodes 51 und 58 Patientinnen und Patienten mit vergleichbaren Erkrankungen und vergleichbarem Schweregrad sowie in vergleichbarer Anzahl psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelt werden. Hier ist die Richtlinien-Psychotherapie in der Regel ein adjuvanter Bestandteil des Gesamtbehandlungskonzeptes. Es werden Patienten mit rezidivierenden und chronischen psychischen Erkrankungen behandelt.
Bei der Anwendung der vorgestellten Qualitätsindikatoren wäre hier die Kausalität und die Risikoadjustierung bei der Outcome-Messung nicht gegeben.

Insofern wäre eine Einteilung der PIAs und der Praxen der Fachgruppencodes 51 und 58 gemeinsam entweder als eingeschlossen oder als obsolet logisch.

Eine andere Einschätzung besteht für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, die überwiegend psychotherapeutisch tätig sind.

vertraulich

4. Kapitel 8: Schritte bis zum Regelbetrieb

In Kapitel 8 wird die Empfehlung einer Machbarkeitsprüfung gegeben.

Stellungnahme:
Aus Sicht des BVDP/BVDN wird eine Machbarkeitsstudie erst dann empfohlen, wenn die auch seitens des IQTiG gestellten Grundsatzfragen nachvollziehbar beantwortet wurden. Dafür bedarf es einer Überarbeitung des vorliegenden Vorberichtes bzw einer gezielten Nachbeauftragung des IQTiG.

5. Zusammenfassende Stellungnahme

Die Verbände BVDP/BVDN sehen die Einführung eines Qualitätssicherungsverfahrens wie im Vorbericht des IQTiG beschrieben, für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Nervenärztinnen/Nervenärzte bzw Doppelfachärztinnen und Doppelfachärzte für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie als nicht sinnvoll an.

Zum einen teilen die Verbände die vom IQTiG selbst genannten Einschränkungen und Kritikpunkte (Erwartung eines Selektionsprozesses, fehlende Daten im deutschen Versorgungskontext etc).

Zum anderen halten wir das beschriebene Qualitätssicherungsverfahren für die genannten Fachgruppen für nicht kompatibel, da das Verfahren ausschliesslich die Richtlinien-Psychotherapie betrifft, welche einen Baustein von mehreren eines Gesamtbehandlungsplanes der überwiegenden Patientinnen und Patienten dieser Fachgruppen darstellt. Der Gesamtbehandlungsplan umfasst auch medikamentöse Therapien, sozialmedizinisch-rehabilitative Aspekte, zudem ambulante psychiatrische Pflege, Soziotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, zunehmend auch spezifische Hirn-Stimulationsverfahren.

Wir halten eine Überarbeitung, ggf im Sinne einer Nachbeauftragung des IQTiG, für dringend notwendig.

Sabine Köhler
Vorsitzende des BVDN

Christa Roth-Sackenheim
Vorsitzende des BVDP

Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Vorbericht „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“

Berlin, 30.04.2021

vertraulich

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit E-Mail vom 22.03.2021 als zu beteiligende Organisation gemäß § 137a Abs. 7 SGB V vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu einer Stellungnahme zum Vorbericht „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ aufgefordert.

Die Bundesärztekammer nimmt zu dem Vorbericht wie folgt Stellung:

Inhalt des Vorberichts

Kapitel 1 Einleitung

Der Kontext des vorliegenden Entwicklungsberichts wird dargestellt. Am 17.5.2018 wurde das IQTIG beauftragt, aufbauend auf einer Konzeptskizze des Aqua-Instituts von 2015, ein einrichtungsübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zu entwickeln. Das QS-Verfahrens soll alle gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren umfassen, die in Einzelbehandlung eine psychotherapeutische Kurzzeit- oder Langzeittherapie bei ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten in Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren in Anspruch nehmen. Es soll alle Behandlungsverfahren umfassen, die in der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA (PT-RL) geregelt sind, d. h. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Nicht eingeschlossen sind ambulante psychotherapeutische Leistungen der Psychiatrischen Instituts- und Hochschulambulanzen.

Bereits in einem im Jahre 2019 veröffentlichten Qualitätsmodell hat das Institut diagnose- und therapieverfahrensunabhängigen Qualitätspotenziale der ambulanten Psychotherapie vorgeschlagen. Aus dem Modell wurden insgesamt 12 Qualitätsaspekte extrahiert und in der Folge Qualitätsindikatoren abgeleitet. Als Erfassungsinstrumente sollen eine Patientenbefragung sowie eine fallbezogene QS-Dokumentation der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dienen. Ein Zwischenbericht zur Patientenbefragung wurde am 02.03.2020 vorgelegt. Der aktuell vorliegende Vorbericht umfasst die fallbezogene QS-Dokumentation.

Das Institut betont zentrale Aspekte des G-BA-Auftrags wie die Unabhängigkeit des zukünftigen QS-Verfahrens von Diagnosen der Patientinnen und Patienten sowie von den angewandten Therapieverfahren. Da die PT-RL nach der Beauftragung um die Systemische Therapie erweitert wurde, enthält der Bericht zusätzlich eine Einschätzung zur Anwendbarkeit des QS-Verfahrens auch auf Systemische Therapie.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Der erste Teil des Satzes „Gemäß § 1 Abs. 4 Psychotherapie-Richtlinie können Patientinnen und Patienten bis zu einem Alter von 21 Jahren von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten (KJP) weiter behandelt werden, wenn zuvor eine mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie begonnene psychotherapeutische Behandlung erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann.“ (Seite 24) gibt den Regelungsinhalt der PT-RL nicht korrekt wieder. Es wird empfohlen, die Richtlinie an dieser Stelle vollständig zu zitieren.

Kapitel 2 Versorgungspraxis

Die Versorgungspraxis der ambulanten Psychotherapie in Deutschland wird beschrieben. Dazu wird ein Überblick über die Regelungen der PT-RL gegeben. Thematisiert werden Indikationen und Behandlungsformen sowie Regelungen zum Beantragungsverfahren. Die

Neuerungen der Richtlinie, die erst nach der Auftragserteilung an das IQTIG eingeführt wurden, und daher noch nicht im vorliegenden Vorbericht berücksichtigt werden konnten, werden erläutert.

Im Weiteren wird der Versorgungspfad der ambulanten Psychotherapie aufgezeigt und Eckdaten präsentiert, wie z. B. die volkswirtschaftliche Bedeutung von psychischen Erkrankungen, die Versorgungsdichte durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Wartezeiten der Patientinnen und Patienten.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Der Überblick über die Versorgungspraxis der ambulanten Psychotherapie in Deutschland ist kompakt, informativ und, bis auf wenige Änderungsbedarfe (siehe im Folgenden) gut gelungen.

In Kapitel 2.1.2 wird beschrieben, dass eine Ausnahme zur Pflicht einer Sprechstundendurchführung bei Patientinnen und Patienten bestehe, bei denen „bereits innerhalb eines stationären Aufenthalts die Indikation zur psychotherapeutischen Weiterbehandlung gestellt wurde“. Allerdings ist auch nach Reha-Behandlung eine Sprechstunde nicht zwingend vorgeschrieben.

In Kapitel 2.1.3 ist die Rede von „Verlängerungsanträgen von einer KZT in eine LZT“. Der korrekte Terminus ist in diesem Fall „Umwandlungsanträge“. Weiter ist in diesem Kapitel von Erleichterungen durch die PT-RL vom 16.02.2017 gegenüber der Vorversion die Rede. Anzumerken ist, dass bereits vorher erfahrene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten von der Berichtspflicht zur KZT befreit waren.

In Kapitel 2.3.2 ist zu ergänzen, dass seit dem 01.10.2018 Terminservicestellen auch Termine für probatorische Sitzungen vermitteln müssen.

Kapitel 3 Methodisches Vorgehen

Das IQTIG stellt die Schritte der Verfahrensentwicklung vor. Dies umfasst u.a. eine strukturierte Recherche nationaler und internationaler Leitlinien sowie der einschlägigen Fachliteratur zur Psychotherapie. Schwerpunkt ist dabei eine Aktualisierung der bereits mit früheren Berichten wiedergegebenen Erkenntnisse. Einige zentrale Leitlinienempfehlungen werden, geordnet nach Qualitätsaspekten des Qualitätsmodells, wiedergegeben.

Weiterhin wird die Einrichtung und der Sitzungsablauf der erneut für den aktuellen Entwicklungsschritt zusammengestellten Fokusgruppen von Patientinnen und Patienten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dargestellt. Zur Datenanalyse bezüglich einzelner Fragestellungen bei der Indikatorentwicklung standen dem Institut Sozialdaten einer Krankenkasse sowie Abrechnungsdaten der KBV zur Verfügung.

Schließlich wird die Einrichtung eines Expertengremiums beschrieben sowie die einzelnen Schritte, die in der Verfahrensentwicklung von den Qualitätsaspekten des Qualitätsmodells über daraus abgeleitete Qualitätsmerkmale bis hin zu operationalisierten Indikatoren durchlaufen wurden. Neben den aus früheren Berichten bekannten und in den methodischen Grundlagen des IQTIG festgelegten Bewertungskriterien sollte im vorliegenden Verfahren zusätzlich geprüft werden, ob die entwickelten Qualitätsindikatoren unabhängig von Diagnosen und psychotherapeutischen Verfahren anwendbar sind und ob eine Übertragbarkeit auf die Systemische Therapie gegeben ist.

Vertraulich

Kommentar der Bundesärztekammer:

Es werden in den folgenden Kapiteln an vielen Stellen zu einzelnen Qualitätsaspekten der ambulanten Psychotherapie Leitlinienempfehlungen zitiert. Dabei handelt es sich in der Mehrzahl um diagnosespezifische Leitlinien. Die Empfehlungen dieser Leitlinien gelten folgerichtig auch jeweils nur für die betroffenen Krankheitsbilder. Gleichwohl werden die Empfehlungen häufig pauschaliert formuliert, also so, als ob sie allgemein für die Psychotherapie gelten würden. Auch wenn nachzuvollziehen ist, dass sich nicht aus allen diagnosespezifischen Leitlinien zu allen Aspekten Aussagen extrahieren lassen, so erscheint diese Vorgehensweise dennoch methodisch nicht korrekt.

Diese Anmerkung gilt für den gesamten Vorbericht. Es muss zugutegehalten werden, dass im Dokument „Indikatorenset 1.0“ bei jedem Indikator die Leitlinien korrekt mit den jeweiligen betroffenen Erkrankungen aufgeführt werden.

Zur besseren Übersicht wäre im Vorbericht z. B. ein tabellarisches Raster hilfreich, in dem einerseits die Qualitätsindikatoren und anderseits die wichtigsten Diagnosen aufgetragen sind. Das Raster könnte anzeigen, ob entsprechende Leitlinienempfehlungen bestehen. So ließe sich leichter abschätzen, ob die vorgeschlagenen Qualitätsindikatoren wirklich für die gesamte Psychotherapie anwendbar sind.

Kapitel 4 Grundgesamtheit des QS-Verfahrens

Anhand von Kassendaten und Abrechnungsdaten der KBV wird ein struktureller Überblick über das Versorgungsgebiet der ambulanten Psychotherapie in Deutschland gegeben. Er umfasst die eingeschlossenen Patientinnen und Patienten, ihre Diagnosen und die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Die Heterogenität der Grundgesamtheit für das QS-Verfahren wird in diesem Kapitel dargestellt – sowohl bezüglich der psychotherapeutischen Verfahren, als auch der Erkrankungen. Z. B. erhalten 4,3% der Patienten analytische Psychotherapie (überwiegend Langzeittherapie), während 53,5% Verhaltenstherapie (überwiegend Kurztherapie) erhalten.

Das Spektrum der Fallzahlen je Praxis zeigt eine große Bandbreite. Im Jahre 2018 betreuten über ein Viertel der Praxen ärztlicher Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten lediglich 20 oder weniger Patienten.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Das Kapitel belegt eindrucksvoll die Heterogenität der Grundgesamtheit des geplanten QS-Verfahrens, sowohl hinsichtlich der betroffenen Patientinnen und Patienten als auch der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Kapitel 5 Entwicklung der Qualitätsindikatoren

Die einzelnen Stufen in der Entwicklung der Qualitätsindikatoren werden beschrieben. Sukzessive werden die Qualitätsmerkmale eines Qualitätsaspekts abgeleitet, das jeweilige „Potenzial zur Verbesserung“ aus der Literatur bzw. aus den Inhalten der Fokusgruppen diskutiert, die Bewertung der Qualitätsmerkmale durch die Expertengruppe wiedergegeben und schließlich die operationalisierten Qualitätsindikatoren aufgeführt – einschließlich einer erneuten Bewertung durch die Experten. Zusätzlich finden sich in den Indikatorblättern im Anhang „Indikatorenset 1.0“ vereinzelte Angaben zu Inhalten der jeweiligen Fokusgruppendiskussion.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Die Darstellung der Entwicklungsschritte ist grundsätzlich gut nachvollziehbar. Allerdings fällt auf, dass im Unterschied zu früheren Entwicklungsberichten des Instituts (exemplarisch sei genannt der Vorbericht zum QS-Verfahren Schizophrenie 2017) die Wiedergabe des Entwicklungsprozesses rein narrativ angelegt ist. Es werden keinerlei quantitative Daten zu den Bewertungsergebnissen der Experten (z. B. in Form der Expertenpanel-Rankings) in den Anlagen zum Vorbericht mehr präsentiert. Auf Seite 56 des Berichts heißt es lediglich: „Die Erfassung der Expertenmeinung und -bewertung erfolgt entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG in einem strukturierten Prozess. Die Einschätzung des Expertengremiums wird dokumentiert“. Ob diese Entscheidungen für den einen oder anderen Indikator eindeutig oder knapp ausgefallen sind, kann vom Leser nicht nachvollzogen werden. Dies stellt aus Sicht der Bundesärztekammer einen Rückschritt in der Qualität der IQTIG-Berichte im Sinne einer nicht hinreichenden Transparenz des Entwicklungsprozesses dar.

Die aus früheren Entwicklungsberichten bekannten eingestreuten wörtlichen Zitate aus den Transkriptionen der Fokusgruppen werden nur bei einigen Qualitätsmerkmalen und insgesamt spärlich eingesetzt. Lediglich ein Mal wird aus der Fokusgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zitiert. Warum dieses Stilmittel im Bericht so selektiert verwendet wird, bleibt unklar.

Kommentare der Bundesärztekammer zu den operationalisierten Qualitätsindikatoren finden sich unter „Indikatorenset“.

Kapitel 6 Empfohlene Qualitätsindikatoren

Vom IQTIG werden abschließend neun Prozessindikatoren zu sechs Qualitätsaspekten empfohlen. Die abschließende Einschätzung des Expertengremiums zum Indikatorenset wird zusammengefasst. Es wird konstatiert, „mit den Qualitätsindikatoren könnten grundsätzlich – bei allen Unterschieden – alle eingeschlossene Therapieverfahren und Diagnosen adressiert werden, womit eine Vergleichbarkeit möglich erscheint“.

Von den Expertinnen und Experten wird „nachdrücklich darauf hingewiesen“, dass bei der Einführung des QS-Verfahrens Akzeptanzprobleme durch die Leistungserbringer zu erwarten seien, u.a. weil in der ambulanten Psychotherapie „bislang noch keinerlei Strukturen oder Erfahrungen für die gesetzliche Qualitätssicherung existieren.“

Kommentar der Bundesärztekammer:

Der letztgenannten Einschätzung der Expertinnen und Experten ist zuzustimmen. In den z. T. seit über 20 Jahren etablierten datengestützten Qualitätssicherungsverfahren des G-BA werden in der Regel ohnehin im klinischen Behandlungsprozess dokumentierte Daten für die Qualitätssicherung angepasst und verwendet. Diese QS-Verfahren greifen also nicht in die Behandlungsprozesse selbst ein. Anders verhält es sich bei dem geplanten QS-Verfahren ambulante Psychotherapie. Hier würde eine prozessbegleitende Dokumentation eingeführt, die bis dato in der Praxis nicht oder nur in geringem Ausmaß üblich ist. Es besteht die Gefahr des Akzeptanzverlustes, wenn die mit QS-Verfahren neu eingeführte Pflichtdokumentation vor allem als bürokratischer Eingriff in die Therapiefreiheit empfunden wird - je nach Patientenklientel, eingesetzten Psychotherapieverfahren und Digitalisierungsgrad einer Praxis möglicherweise zu Recht.

vertraulich

Auf Seite 118 wird die Aussage getroffen: „Die Indikatoren sind diagnose- und verfahrensunabhängig anwendbar und können grundsätzlich auch auf die Systemische Therapie angewendet werden.“ Eine detaillierte Diskussion, ob die einzelnen Qualitätsindikatoren tatsächlich für die spezifischen Gegebenheiten jeder einzelnen Therapieform (gleichermaßen) anwendbar sind, findet sich im Bericht nicht, zumindest nicht systematisch. Die hier getroffene Aussage zur Systemischen Therapie erscheint ohne weitere Erläuterungen, z. B. aus der Diskussion des Expertengremiums, zu pauschal.

Kapitel 7 Umsetzungs- und Auswertungskonzept

Das geplante fallbezogene QS-Verfahren ambulante Psychotherapie wird in den Regelungskontext der DeQS-RL eingeordnet. Es sollte als länderbezogenes Verfahren mit einer Vollerhebung (aller gesetzlich versicherten Fälle) erfolgen. Für eine therapiebegleitende Dokumentation müsste jede Praxis über eine Software verfügen, die schon zu Therapiebeginn die Dokumentation der erforderlichen Datenfelder ermöglicht. Eine Dokumentationspflicht, d. h. der Export der Datensätze, kann aber erst durch das Vorliegen der das Therapieende markierenden Gebührenordnungspunkte (GOPs) ausgelöst werden. Der sich aus den Datenfeldern ergebende Datensatz wird kurz beschrieben. Weitere einschlägige Regelungsinhalte der DeQS-RL wie Datenvalidierung und Datenflüsse werden kurz erläutert.

Bezüglich der softwaretechnischen Umsetzung wird auf ein Treffen des IQTIG mit Softwareanbietern und der KBV am 11.11.2020 verwiesen. Es sei auf diesem Treffen angeregt worden, das QS-Verfahren technisch über die Telematik-Infrastruktur (TI) zu realisieren. Es sei auch vorgeschlagen worden, das kassenärztliche System KV-Connect via KV SafeNet oder TI zu nutzen. Alternativ wurde der Kommunikationsdienst im Medizinwesen (KIM) vorgeschlagen.

Bezüglich des Digitalisierungsgrads in den psychotherapeutischen Praxen wird das Praxisbarometer Digitalisierung der KBV 2020 zitiert. „Lediglich 6 % der befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben ihre Praxisdokumentation komplett digitalisiert, wohingegen rund 38 % der Befragten die Patientendokumentation nahezu vollständig in Papierform vornehmen“.

Da die De-facto-Standard-Schnittstellen-Spezifikationen der KBV auf HL7 Fast Healthcare Interoperability Resources (HL7 FHIR) aufbauen, wird empfohlen, auch die Spezifikation für ein QS-Verfahren ambulante Psychotherapie in diesem Standard zu erstellen.

Es wird abschließend für ein QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie ein Auswertungskonzept vorgeschlagen, das – entgegen den in der DeQS-RL festgelegten jährlichen Auswertungszyklen – einen zweijährigen Auswertungszeitraum beinhaltet. Dadurch kann die Zahl der Fälle pro Leistungserbringer gegenüber einem einjährigen Auswertungszeitraum vergrößert werden. Ein Stellungnahmeverfahren gemäß DeQS-RL könnte dann jeweils nach zwei Erfassungsjahren erfolgen. Bezüglich der Gestaltung der Rückmeldeberichte an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Länder- und Bundesauswertungen sowie des Qualitätssicherungsergebnisberichts wird auf die entsprechenden Regelungen der DeQS-RL verwiesen.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Der Datensatz, der sich aus der Summe der Feldinhalte der einzelnen Indikatoren sowie administrativen Datenfeldern ergibt, umfasst 77 Datenfelder. Im Anhang zum Bericht visualisiert ein fünfseitiger Dokumentationsbogen diesen Datensatz. Die optische Gestaltung ist

vertraulich

leider nicht anwenderfreundlich gelungen. Die Bezeichnungstexte der Datenfelder sind bis zu 8 Zeilen lang und enthalten lange repetitive Textpassagen. Die Gefahr einer versehentlichen Falschdokumentation ist bei ähnlich lautenden Datenfeldern hoch. Durch Auslagerung der sich wiederholenden Textpassagen (z. B. in Zwischenüberschriften) könnten die Datenfelder deutlich übersichtlicher gestaltet und der Bogen verkürzt werden.

Während die Datenfeldbezeichnungen in der datengestützten Qualitätssicherung des G-BA aktuell (Stand 2021) sprachlich nicht an weibliche und männliche Bezeichnungen angepasst sind, werden im nun vorgeschlagenen Datensatz einer QS ambulante Psychotherapie durchgehend die Bezeichnungen für Patienten, Ärzte und Therapeuten (nicht aber für Leistungserbringer) gegendert, was die Feldbezeichnungen noch länger und schlechter lesbar macht. Hier würden Kürzungen die Lesbarkeit der Datenfelder verbessern.

Gerade weil im Fachgebiet der Psychotherapie in großem Umfang mit einem Erstkontakt der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit standardisierter klinischer Dokumentation zu rechnen ist, sollte diese möglichst anwenderfreundlich gestaltet werden.

Die Überlegungen, als technische Plattform für das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie den Dienst KIM über die TI, zu nutzen, sind nachvollziehbar. Nach Willen des Gesetzgebers soll dieser Dienst zukünftig Standard für alle im Gesundheitswesen datenaustauschende Anwendungen werden. Allerdings ist der Echtbetrieb für KIM erst für das laufende Jahr 2021 anvisiert, so dass noch wenig praktische Erfahrungen bestehen. Zudem handelt es sich bei dem Wechsel weg vom proprietären Datenfluss des G-BA hin zu Standards der TI um einen Paradigmenwechsel. Die Entscheidung dafür müsste im G-BA unabhängig vom QS-Verfahren ambulante Psychotherapie fallen.

Bezüglich der Datenvalidierung wird konstatiert, dass der in der datengestützten Qualitätssicherung des G-BA übliche stichprobenartige Datenabgleich mit der Primärdokumentation auch in einem QS-Verfahren ambulante Psychotherapie einsetzbar sei. Die Rahmenbedingungen in der somatischen Medizin und in der Psychotherapie sind aber nicht gleichzusetzen.

Die besondere Vertraulichkeit einer Psychotherapie, an die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut und die Patientin/der Patient beteiligt sind, ist zu beachten. Die Aufzeichnungen dokumentieren in der Regel sehr intime Aspekte der Patientin/des Patienten. Eine Einsichtnahme dieser Aufzeichnungen durch Mitarbeiter der LAG oder Angehörige des Medizinischen Dienstes wird seitens der Bundesärztekammer kritisch gesehen.

Kapitel 8 Schritte bis zum Regelbetrieb

Das Institut empfiehlt die Beauftragung einer Machbarkeitsprüfung des QS-Verfahrens in psychotherapeutischen Praxen durch den G-BA. Weiterhin sollten bei Überführung in ein Regelverfahren die DeQS-RL um entsprechende themenspezifische Bestimmungen ergänzt werden. Auch die Beauftragung einer Spezifikationserstellung sollte durch den G-BA erfolgen.

Kommentar der Bundesärztekammer:

In jedem Fall müsste vor dem Echtbetrieb eine ausführliche Machbarkeitsprüfung erfolgen. Dabei sollte die Praktikabilität der Datenfelder intensiv überprüft werden. Auch sollte untersucht werden, wie unterschiedliche in der Praxis vorkommende Versorgungskonstellationen, wie z. B. ein Abbruch der Therapie, die Übernahme durch einen anderen Therapeuten oder eine Kombination der Einzeltherapie mit anderen Therapieformen, im QS-Verfahren korrekt abgebildet werden können. Neben der Überprüfung der Praktikabilität des

Datensatzes sollte die Machbarkeitsprüfung auch Musterrückmeldeberichte an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beinhalten, um zu überprüfen, ob sie für das Fachgebiet angepasst werden müssen.

Die in Kapitel 7 vom IQTIG empfohlene Anbindung der Qualitätssicherung des G-BA an die Telematik-Infrastruktur und Nutzung des Dienstes KIM wird in diesem Kapitel nicht mehr erwähnt. Sie würde eine entsprechende Grundsatzentscheidung des G-BA voraussetzen.

Kapitel 9 Fazit

Es wird zusammengefasst, dass mit dem Vorbericht ein Vorschlag für neun diagnose- und therapieverfahrensunabhängige Prozessindikatoren vorliegen. Dabei wird betont, dass das Indikatorenset erst mit der Patientenbefragung vollständig sei, da nur so das vollständige Qualitätsmodell abgebildet werde.

Es sei nicht zu erwarten, „dass die Indikatoren in ihrer konkreten Operationalisierung nachteilig in die individuelle Therapie oder in die therapeutische Beziehung eingreifen“.

Auch sollen die Indikatoren „nicht das Identifizieren einzelner kritischer Verläufe bei einzelnen Fällen, sondern die Identifikation qualitativ auffälliger Praxen ermöglichen“.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Mit der Festlegung einer verpflichtenden Prozessdokumentation in der ambulanten Psychotherapie zu Beginn, während und am Ende der psychotherapeutischen Behandlung würde nach Einschätzung der Bundesärztekammer sehr wohl in die Versorgungsabläufe eingegriffen. Die Dokumentation, die gegenwärtig in Deutschland, aber auch international keineswegs Standard ist, würde durch die Qualitätssicherung de facto zum Standard erhoben. Der vorgeschlagene Datensatz ist gegenwärtig wie eine eher wenig anwenderfreundliche Checkliste gestaltet, die jede Psychotherapeutin/jeder Psychotherapeut bei jeder Patientin/ jedem Patienten abzuarbeiten hätte. Im günstigsten Fall dürfte das QS-Verfahren einen gewissen Erinnerungseffekt zur Strukturierung des Behandlungsprozesses bewirken. Im ungünstigsten Fall wird es als praxisferner bürokratischer Ballast empfunden und trägt dazu bei, dass die grundsätzliche Akzeptanz der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gegenüber digitaler Dokumentation sinkt.

Es wird pauschal behauptet, dass der vorgeschlagene QS-Datensatz „in keinem Widerspruch“ zu den Dokumentationsempfehlungen des 37. Deutschen Psychotherapeutentag stehe. Anstelle dieser pauschalen Aussage wäre eine kurze vergleichende Gegenüberstellung zielführend.

vertraulich

Indikatorenset

Seitenangaben beziehen sich auf das Dokument „Indikatorenset 1.0“

1.1 „Qualitätsindikator „Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung von behandlungsrelevanten Dimensionen“

Rationale (Seite 16)

„Aus den Fokusgruppen ergeben sich Hinweise, dass Patientinnen und Patienten Erfahrung mit unzureichender/fehlerhafter Diagnostik gemacht haben. Zudem sei die Diagnostik häufig nicht individuell genug. Umfassende diagnostische Gespräche scheinen kein garantierter Standard bei allen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu sein.“.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Im Bericht ist bezüglich der Ableitung dieses Indikators lediglich davon die Rede (Seite 82), dass „Patientinnen und Patienten Erfahrung mit unzureichender Diagnostik gemacht haben“. Letztere Formulierung dürfte sachgerechter sein. Dass die Patienten ihre Diagnostik subjektiv als unzureichend empfinden können, ist nachvollziehbar. Ob die Diagnostik fehlerhaft war, dürfte sich aber ihrer Beurteilung entziehen.

Unangemessen erscheint im Kontext der Psychotherapie auch der Begriff des „garantierten Standards“. Zum einen ist der Begriff der „Garantie“ im Kontext medizinischer Interventionen prinzipiell unangemessen, zum anderen zeichnet sich gerade die Psychotherapier durch eine große Verfahrensvielfalt aus, so dass von einem singulären Standard zumindest nicht als Regelfall ausgegangen werden kann.

Datensatz (Seite 16)

In 12 aufeinanderfolgenden Datenfeldern beginnt der Feldtext mit dem identischen Wortlaut: „Wurde im Rahmen der Diagnostik in der Anfangsphase der Behandlung…“

Kommentar der Bundesärztekammer:

Die Gestaltung der Datenfelder führt zu einer erschwerten Lesbarkeit. Optisch wäre eine übersichtlichere Anordnung zielführender:
Wurde im Rahmen der Diagnostik in der Anfangsphase der Behandlung…

12	…die Symptomatik erfasst?	(ja)/(nein)
13	…die biographische Anamnese erfasst?	(ja)/(nein)
14	…abgeklärt, ob psychische Komorbiditäten vorliegen?	(ja)/(nein)

…

Rechenregel (Seite 16)

Gemäß Rechenregel des Indikators gilt der Zähler des Qualitätsindikators nur als erfüllt, wenn alle dazugehörigen 13 Felder einschließlich Feld 24 („Wurde in der Anfangsphase der Behandlung eine verfahrensspezifische Diagnostik durchgeführt“) mit „ja“ beantwortet werden.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Im Bericht heißt es (Seite 84): „Im Rahmen der Diskussion der Qualitätsmerkmale zeigte sich, dass die Anforderung an die Diagnostik im Rahmen eines QS-Verfahrens, in einer Art Basiskanon bzw. Basis-Set der allgemeinen Psychotherapiereife der Patientin / des Patienten bestehen sollte, der bzw. das dann von den Behandlerinnen und Behandlern verfahrensspezifisch ergänzt werden kann. In der Diskussion des Expertengremiums zum

vertraulich

Qualitätsindikator (Seite 86) wird betont: „dass die Möglichkeit, dass die Diagnostik auch verfahrensspezifisch durchgeführt wird, unbedingt enthalten sein muss“.

Durch die Rechenregel wird aus der Möglichkeit zur Durchführung einer verfahrensspezifischen Diagnostik eine Verpflichtung. Dies war möglicherweise nicht beabsichtigt. Wenn doch, so müsste dies begründet werden.

1.2 Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten“

Qualitätsziel (Seite 19)

Das Qualitätsziel beinhaltet, dass „in möglichst vielen Fällen in der Anfangsphase der Behandlung dem Behandlungsfall angemessene Testverfahren und/oder standardisierte/strukturierte klinische Interviews angewandt und ausgewertet werden.“

Kommentar der Bundesärztekammer:

„Möglichst viel“ wird durch einen Referenzbereich von >= 90% operationalisiert. Eine verpflichtende Anwendung von Testverfahren wurde aber von den Experten „außerordentlich kritisch gesehen“ (Seite 88 des Berichts). Aus Analysen von Abrechnungsdaten hat das IQTIG erhoben, dass in der Praxis nur bei ca. 15 % der Patientinnen und Patienten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung der Einsatz von Messinstrumenten abgerechnet wird. In den Anmerkungen zum QI (Seite 22 Indikatorenset) betont das Institut zudem: „Die Entscheidung über die patientenindiviuelle Angemenssenheit (Schreibfehler) und den Einsatz eines spezifischen standardisierten Messverfahrens liegt bei dem Psychotherapeuten / der Psychotherapeutin“. Ob unter diesen Voraussetzungen der bei diesem Indikator gewählte strenge Referenzbereich von >=90% gerechtfertigt ist, erscheint daher sehr fraglich. Er sollte in diesem Kontext noch einmal kritisch hinterfragt werden.

Zudem wird bei anderen Qualitätsindikatoren (z. B. QI 1.1) ein Qualitätsziel von „in möglichst allen Fällen“ mit einem Referenzbereich von >=95% operationalisiert. Eine Bewertungsskala, die lediglich 5% Referenzbereichsdifferenz zwischen den Operationalisierungen von „viele“ und „alle“ (Fälle) vorsieht, ist ungewöhnlich.

Datenfeld 26 (Seite 22)

„Ist im Rahmen der Diagnostik in der Anfangsphase der Behandlung die Anwendung eines psychometrischen Testverfahrens erfolgt?“

Kommentar der Bundesärztekammer:

Während alle anderen analogen Datenfelder (27-31, 39-45) im Imperfekt formuliert sind („erfolgte“), steht nur bei diesem Datenfeld die Aussage ohne nachvollziehbaren Grund im Perfekt („ist erfolgt“). Die Lesbarkeit des Datensatzes wird durch diese Inhomogenität erschwert.

Datenfeld 29 (Seite 23)

„Erfolgte in der Anfangsphase der Behandlung im Rahmen der Diagnostik die Anwendung eines projektiven Testverfahrens?“

Kommentar der Bundesärztekammer:

Projektive Testverfahren (z. B. Projektion bei auslegungsfähigem Bildmaterial) zählen zu den psychologischen Untersuchungsmethoden mit bekanntermaßen niedriger

Vertraulich

Auswertungsobjektivität. Sie lassen sich demnach nicht unter „standardisierten diagnostischen Instrumenten“ subsumieren.

Die Datenfelder 25 bis 31 sind infolge repetitiver längerer Satzteilwiederholungen schwer lesbar. Zudem ist nicht ersichtlich, warum im Wechsel von „in der Anfangsphase der Behandlung im Rahmen der Diagnostik“ und „im Rahmen der Diagnostik in der Anfangsphase der Behandlung“ die Rede ist. Letztlich ließen sich die Texte der Datenfelder 12 bis 31 drastisch verkürzen durch eine einmalige (Zwischen-)Überschrift: „Diagnostik in der Anfangsphase der Behandlung“.

2.1 Qualitätsindikator „Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen

Bezeichnung des Indikators (Seite 24)

Kommentar der Bundesärztekammer:

Die Begriffe „Formulierung von Therapiezielen“ und „Therapiezielvereinbarung“ werden im Bericht synonym verwendet. Dies ist zu hinterfragen. Sprachlich erscheint der Begriff der „Vereinbarung“ verbindlicher mit zusätzlichem Schwerpunkt auf der Beidseitigkeit der Gültigkeit (Therapeutin/Therapeut und Patientin/Patient). Von Vorteil wäre zumindest eine einheitliche Wortwahl.

Referenzbereich (Seite 26)

>=90%

Kommentar der Bundesärztekammer:

Während es im Bericht (Seite 92) heißt: „Es wird ein Referenzbereich von ≥ 95% vorgeschlagen“, sind im Indikatorenblatt (Seite 26) „>=90%“ aufgeführt.

Fokusgruppen (Seite 25)

„Aus den Fokusgruppen ergibt sich eine sehr hohe Relevanz für Patientinnen und Patienten…“ „Auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten betonen eine sehr hohe Relevanz für Patientinnen und Patienten hinsichtlich des Erarbeitens und Festlegens von Therapiezielen…“

Kommentar der Bundesärztekammer:

Diese Einschätzung ist nicht deckungsgleich mit den Aussagen aus den Fokusgruppen im Bericht (Seite 90/91). Aus der Fokusgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wird ein Zitat angegeben, das - ganz im Gegenteil - eher Zurückhaltung bezüglich der Therapiezielformulierung wiedergibt.

Datenfeld 32 (Seite 26)

„Wurden in der Anfangsphase der Behandlung individuelle Therapieziele vereinbart?“

Datenfeld 33 (Seite 26)

„Wurden die vereinbarten individuellen Therapie(teil)ziele in der Anfangsphase der Behandlung dokumentiert?“

vertraulich

Kommentar der Bundesärztekammer:

Die gewählten Begriffe in den zusammengehörigen Datenfeldern 32 und 33 sind inkonsistent. Auch wenn der Begriff der „Teilziele“ bei mehreren Qualitätsindikatoren verwendet wird, so fehlt eine Definition.

3.1 Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs“

Anmerkungen (Seite 29)

„Die behandlungsrelevanten Dimensionen entprechen (Schreibfehler) denen, die in QI 43xx14 abgefragt werden.“

Kommentar der Bundesärztekammer:

Was genau die zu überprüfenden „Dimensionen“ sind, bzw. in welcher Form diese zu überprüfen sind, sollte explizit aufgeführt werden. Unter QI 43xx14 (d. h. QI 1.1 des Indikatorensets) befinden sich auch Felder zur biographischen Anamnese (DF 13), zur Medikamentenanamnese (DF 16) und zur Behandlungsgeschichte (DF 17), die vermutlich nicht als „Dimensionen“ adressiert werden sollen.

Zähler (Seite 29)

Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, bei denen im Therapieverlauf die für die Behandlung relevanten Dimensionen und das Erreichen der individuellen Therapie(teil)ziele überprüft wurden

Kommentar der Bundesärztekammer:

Gemäß der Rechenregel werden implizit fünf Fragen durch UND verknüpft:

1. ob die „für die Behandlung relevanten Dimensionen“ überprüft wurden (DF 34),
2. ob das Erreichen der individuellen Therapie(teil)ziele überprüft wurde (DF 36)
3. ob eine Anpassung der Therapie(teil)ziele notwendig war (DF 37),
4. ob eine Anpassung der Therapie(teil)ziele erfolgte (DF 37),
5. ob das Ergebnis der Überprüfung von 2 und ggf. 4 dokumentiert wurde (DF 38),

Die textliche Formulierung des Zählers bildet dies nicht ab und müsste also präzisiert werden.

Rechenregel (Seite 29)

Kommentar der Bundesärztekammer:

Datenfeld 35 „Wurden (Schreibfehler) das Ergebnis der Überprüfung der für die Behandlung relevanten Dimensionen dokumentiert?“ wird von der Rechenregel gar nicht erfasst. Das Feld könnte also eigentlich entfallen. Gleiches gilt auch für Feld 37.

Zudem stellt sich die Frage, warum zwar die Dokumentation der Therapiezielüberprüfung- und -anpassung, nicht aber die Dokumentation der Dimensionsüberprüfung in den QI eingehen sollen.

vertraulich

Datenfeld 37 (Seite 29)

„Erfolgte, sofern erforderlich, im Therapieverlauf eine Anpassung der vereinbarten individuellen Therapie(teil)ziele?“ (Nein/Ja)

Kommentar der Bundesärztekammer:

Das Feld ist nicht eindeutig formuliert. Sowohl, wenn die Anpassung nicht notwendig war, als auch, wenn die Anpassung zwar notwendig war, aber nicht erfolgte, muss der Anwender „Nein“ eintragen.

Datenfeld 38 (Seite 29)

„Wurden das Ergebnis der Überprüfung und die ggf. durchgeführte Anpassung der vereinbarten individuellen Therapie(teil)ziele im Therapieverlauf dokumentiert?“

Kommentar der Bundesärztekammer:

Es werden mehrere Sachverhalte in einem Feld abgefragt. Die Formulierung kann zu Missverständnissen beim Anwender führen. Wurde das Ergebnis der Überprüfung dokumentiert und es war keine Therapieanpassung erforderlich, so wird möglicherweise fälschlich auch Feld 38 mit „Nein“ beantwortet.

Für eine eindeutige logische Trennung der Sachverhalte müssten DF 36 bis DF 38 neu formuliert werden im Sinne von:

1. Erfolgte eine Überprüfung des Therapiezielerreichung?/ 2. Wurde diese dokumentiert?
3. Erfolgte eine Anpassung der Therapiezielerreichung?/ 4. Wurde diese dokumentiert?

4.1 Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten

Rechenregel (Seite 34)

Kommentar der Bundesärztekammer:

Durch die Rechenregel gilt der Qualitätsindikator als erfüllt, wenn mit mindestens einem weiteren der aufgeführten „Mitbehandler“ ein „Austausch erfolgte“ und dieser auch dokumentiert wurde. Darunter sollen Fachärztinnen oder Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Neurologie fallen, Psychopharmaka verschreibende „andere“ Ärztinnen und Ärzte, Kliniken, Physio-/Ergo-/Soziotherapeuten, nicht-ärztliche Mitbehandler und sozialpsychiatrische bzw. psychosoziale Institutionen. Zwischen den Gruppen sind allerdings inhaltliche Überschneidungen möglich. Physio-/Ergo-/Soziotherapeuten sind zugleich nicht-ärztliche Mitbehandler. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie verschreiben Psychopharmaka. Es sind für die Indikator je Patientin oder Patient je nach Konstellation bis zu 15 Datenfelder auszufüllen.

Gemäß Rechenregel ist jeweils nur der Austausch mit den an der Behandlung Beteiligten zu dokumentieren. In der Praxis dürfte es– schon aus Gründen der Schweigepflicht und des Datenschutzes - ebenso wichtig sein, zu dokumentieren, ob die Patientin/der Patient einer Kontaktaufnahme zugestimmt oder sie abgelehnt hat.

Somit ist einerseits die inhaltliche Abgrenzung der Felder untereinander nicht eindeutig und andererseits bei hohem Dokumentationsaufwand nur ein Indikator mit geringer Aussagekraft zu erwarten.

vertraulich

Datenfeld 46 (Seite 36-38)

„Wurde die Patientin/der Patient während der Psychotherapie durch eine Fachärztin / einen Facharzt für Psychiatrie/Nervenheilkunde/Neurologie mitbehandelt?“

Kommentar der Bundesärztekammer:

Die hier aufgeführten Facharztbezeichnungen entsprechen nicht der aktuellen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) 2018. Da die Formulierung „Facharzt für….“ gewählt wurde, sollten auch die Begriffe der MWBO verwendet werden. Dies sind:

- Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
  (Psychiater und Psychotherapeut/Psychiaterin und Psychotherapeutin)
- Fachärztin/Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
  (Psychosomatiker und Psychotherapeut/Psychosomatikerin und Psychotherapeutin)
- Fachärztin/Facharzt für Neurologie
  (Neurologe/Neurologin)
- Zudem könnte es sich beim mitbehandelnden Arzt auch um eine Fachärztin/einen Facharzt mit fachgebundener Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie handeln.

Zumindest in den Ausfüllhinweisen sollten die Bezeichnungen korrekt aufgeführt werden.

Datenfeld 46 (Seite 36)

„Wurde die Patientin / der Patient während der Psychotherapie durch eine Fachärztin / einen Facharzt für Psychiatrie/Nervenheilkunde/Neurologie mitbehandelt?“

Datenfeld 48 (Seite 37)

„Erfolgte für die Patientin / den Patienten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung ein Austausch mit mitbehandelnden Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie/Nervenheil-kunde/Neurologie?“

Kommentar der Bundesärztekammer:

Nicht ersichtlich ist zudem, warum im Feld 46 der Singular (eine Fachärztin…) und im Feld 47 der Plural (Fachärztinnen…), in den Antwortoptionen dann aber wieder der Singular gewählt wird.

Datenfeld 52 (Seite 38)

„Bestand bei der Patientin / dem Patienten während der Psychotherapie eine durch einen anderen Arzt / eine andere Ärztin verordnete begleitende Medikation mit Psychopharmaka?“

Kommentar der Bundesärztekammer:

Die Datenfelder sind durch die repetitiven und langen Formulierungen auch wegen der Genderung für den Leser sehr sperrig. Die Reihenfolge der Genderung sollte zumindest durchgehend gleich sein (hier also „eine andere Ärztin/einen anderen Arzt“)

Datenfeld 56 (Seite 38)

„Erfolgte für die Patientin/den Patienten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung ein Austausch mit den nicht ärztlichen Mitbehandelnden?

vertraulich

Kommentar der Bundesärztekammer:

Korrekte Schreibweise: „nicht-ärztliche“ oder „nichtärztliche“ statt „nicht ärztliche“ Mitbehandelnde. Diese Anmerkung gilt auch für DF 55, 57, 68.

5.1 Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie“

Qualitätsziel (Seite 40)

„In möglichst allen Fällen soll im Therapieverlauf geprüft und dokumentiert werden, ob die für die Behandlung relevanten Dimensionen sowie der Umfang der erreichten Therapie(teil)ziele ausreichend sind, um die Beendigung der Therapie einzuleiten“

Kommentar der Bundesärztekammer:

Was mit für „ausreichenden“ Dimensionen gemeint ist, bleibt unklar. Im Vergleich zum analog konstruierten QI 3.1 ist, fällt auf, dass dort die Dimensionen nicht im Qualitätsziel erwähnt sind.

Datenfeld 61 (Seite 43)

„Erfolgte im Therapieverlauf hinsichtlich der Therapiebeendigung eine Überprüfung der für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen?“

Kommentar der Bundesärztekammer:

Warum bei Datenfeld 61 und 62 von der individuellen Behandlung, in den analogen Feldern 34 und 35 aber nur von der Behandlung die Rede ist, bleibt unklar. Auch anderen Stellen weichen die Formulierungen der zu QI 3.1 und 5.1 gehörigen Datenfeldern ohne erkennbaren Grund voneinander ab, wo sie eigentlich gleich lauten müssten.

5.2. Qualitätsindikator „Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses“

Qualitätsziel (Seite 44)

„In der Abschlussphase der Therapie soll in möglichst allen Fällen geprüft werden, ob eine Rezidivprophylaxe oder andere Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses erforderlich sind.“

Kommentar der Bundesärztekammer:

Im Indikatorenset weichen die Formulierungen von Qualitätsziel und Zähler zu diesem Qualitätsindikator von der entsprechenden Tabelle 21 im Bericht ab. Erstmals wird hier die Rezidivprophylaxe erwähnt.

vertraulich

6.1 Qualitätsindikator „Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie“

Rationale (Seite 48)

„Eine zentrale Dimension des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ ist – vor dem übergreifenden Leitbild der Patientenzentrierung – die Wirksamkeit (effectiveness) der Behandlung.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Der Begriff der Dimension wird im Bericht bzw. im Datensatz mehrfach verwendet. Hier in der Rationale werden andere Dimensionen adressiert als die „behandlungsrelevanten Dimensionen“. Der im Datensatz an mehreren Stellen verwendete Begriff bleibt für den Anwender unklar. Der Verweis in den Ausfüllhinweisen „Die behandlungsrelevanten Dimensionen entsprechen denen, die in dem QI „umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen“ (ID 43xx14) abgefragt werden“ ist dazu nicht hilfreich. Das IQTIG sollte diesen zentralen Begriff insbesondere für die Anwender klar definieren.

Datenfeld 73 (Seite 49)

„Grund der Beendigung dieser Richtlinientherapie“

Kommentar der Bundesärztekammer:

Dieses Datenfeld geht nicht in die Berechnungen des Indikators ein. Tatsächlich müsste es aber verwendet werden, um Fälle mit Abbruch der Therapie aus der Grundgesamtheit herauszurechnen.

Hinweis

Weitere Rechtschreibfehler im Indikatorenset 1.0

Seite	Thema	Fehler
7	erster Absatz	Psychoherapie
10	erster Absatz	Bezeichung
11, 19	Rationale	Vorrausetzung
22	Zähler	angemessenens
28	Anmerkungen	Psychotherpeutin
29, 32, 42, 49	Anmerkungen	entprechen
29	Zähler	Therpapie(teil)ziele
29	DF 37	individuellenTherapie(teil)ziele
30	Rationale	Treatement
31	Rationale	Einie Leitlinie
22, 32	Anmerkungen	patientenindiviuelle
35	Rationale	Leitilinie
36	Zähler	Mitbehandelnen
44	Rationale	patienientindividuell

vertraulich

Fazit

Mit dem Beschluss vom 17. Mai 2018 hat der G-BA das IQTIG beauftragt, ein einrichtungsübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zu entwickeln. Dieses ist diagnose- und therapieverfahrensunabhängig zu gestalten für Patientinnen und Patienten ab dem 18. Lebensjahr, die eine psychotherapeutische Kurzzeit- oder Langzeittherapie bei Psychotherapeuten für Erwachsene in Anspruch nehmen. Ziel ist die Messung und vergleichende Darstellung der Qualität der psychotherapeutischen Versorgung mit Richtlinientherapie anhand einer fallbezogenen QS-Dokumentation. Es soll auf die Beurteilung der Prozessqualität ausgerichtet sein.

Es wurden neun Qualitätsindikatoren für den Therapieprozess entwickelt, die den sechs Qualitätsaspekten des Qualitätsmodells der fallbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation der Leistungserbringer zuzuordnen sind. Der Dokumentationsbogen hierfür umfasst insgesamt 77 Datenfelder. Die neun Prozessindikatoren sollen mit den Indikatoren der Patientenbefragung das gemeinsame Indikatoren-Set für das Qualitätssicherungsverfahren bilden.

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass bei der Benennung der Qualitätsindikatoren ausschließlich Faktoren der Prozessqualität herangezogen werden sollen. Ein Einbezug der Ergebnisqualität wäre mit erheblichen methodischen Problemen verbunden. Der Outcome der psychotherapeutischen Behandlung ist nicht nur durch die Qualität der Psychotherapie selbst bedingt, sondern wird durch zahlreiche weitere Faktoren beeinflusst, wie z.B. Lebenssituation und kritische Lebensereignisse der Patientin/des Patienten, die Persönlichkeitsstruktur, eine gleichzeitige Behandlung mit pharmakotherapeutischen, biologischen oder psychosozialen Methoden. Dabei steht kein allgemein akzeptiertes wissenschaftliches Modell der Risikoadjustierung zur Verfügung; die Anzahl der zu kontrollierenden Variablen wäre sehr hoch. Hinzu kommt, dass sich eine Psychotherapie oftmals über einen längeren Zeitraum erstreckt und vielfach im Rahmen eines komplexen medizinischen und psychotherapeutischen Leistungsgeschehens steht, sodass eine Interpretation der Ergebnisse nicht kausal auf die Psychotherapie zurückgeführt werden kann. Daher lässt sich eine vergleichende Outcome-Messung nicht adäquat als Qualitätsindikator(en) nutzen.

Die vorgeschlagene systematische Outcome-Erhebung hingegen wird im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens als ein Indikator für die Prozessqualität verwandt. Das heißt, vorgesehen ist nicht ein Vergleich des Outcomes, sondern eine Überprüfung, ob eine Outcome-Messung erfolgt oder nicht. Auch die Wahl des Instrumentes hierzu wird nicht vorgegeben. Somit besteht die Möglichkeit, dieses Instrument individuell an die Patientin/den Patienten und an das Therapieverfahren anzupassen. Dieses Vorgehen erscheint grundsätzlich sinnvoll.

Der Entwicklungsprozess vom bereits entwickelten Qualitätsmodell über Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale hin zu operationalisierten Qualitätsindikatoren und dem dazugehörigen Datensatz sind grundsätzlich gut nachvollziehbar dargestellt.

Bei mehreren Qualitätsmerkmalen räumt das IQTIG jedoch explizit ein, dass anhand der vorliegenden Literatur keine Aussage hinsichtlich eines eventuell bestehenden Verbesserungspotenzials getroffen werden konnte. Auch die Berichte aus den Fokusgruppen liefern in der Mehrheit eher schwache Indizien dafür. Daher stellt sich schon a priori die Frage, ob mangels empirischer Hinweise durch die Einführung der vorgeschlagenen Qualitätsindikatoren tatsächlich eine Verbesserung der Versorgung erzielt werden kann.

Die mit den Indikatoren adressierten Aspekte der Prozessqualität sind nach Einschätzung des IQTIG von den Leistungserbringern grundsätzlich beeinflussbar und können daher der

Vertraulich

Verantwortung des Leistungserbringers zugeschrieben werden. Dieses ist jedoch bei bestimmten Patientengruppen in der ambulanten Psychotherapie in Frage zu stellen. Z. B. kann bei Patientinnen und Patienten mit stark paranoiden Ängsten die Kooperation mit anderen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer eine Gefahr darstellen und abgelehnt werden. Patientinnen und Patienten mit somatischem Krankheitsverständnis lehnen häufig ein Gespräch über ihre psychische Befindlichkeit ab.

Für eine angemessene Aus- und Bewertung der Indikatorergebnisse rät die Bundesärztekammer, den Datensatz um Datenfelder mit Hinweisen auf besondere Patientenkonstellationen zu ergänzen und diese Fälle dann bei der Berechnung der entsprechenden Indikatoren aus der Grundgesamtheit zu nehmen.

Anders als in früheren Entwicklungsberichten werden die Einzelbewertungen des Expertengremiums in den einzelnen Entwicklungsschritten leider nicht mehr angegeben. Stattdessen wird die stattgefundene Diskussion der Expertinnen und Experten nur in knappem Narrativ wiedergegeben. Aus Formulierungen wie „außerordentlich kontroverse Diskussion“ (Seite 84 und 115) kann der Leser schließen, dass das Meinungsbild zu den Verfahrensvorschlägen wohl zumindest zum Teil sehr unterschiedlich gewesen sein dürfte. An welchen Stellen Entscheidungen eindeutig und an welchen Stellen strittig waren, ist so leider nicht nachvollziehbar.

Wohl die größte Herausforderung des G-BA-Auftrags an das Institut bestand darin ein, datengestütztes QS-Verfahren zu entwickeln, das diagnose- und therapieverfahrensunabhängig eingesetzt werden kann. Die Einschränkung der Grundgesamtheit bestand lediglich darin, dass ambulante psychotherapeutische Einzeltherapien von GKV-versicherten Erwachsenen gemäß PT-RL des G-BA eingeschlossen werden sollen. Dabei können völlig unterschiedliche Diagnosen, Therapiekonzepte, Therapieverläufe, Therapiedauern und auch sonstige Unterschiede im Setting bezüglich der Patientinnen und Patienten bzw. der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten inkludiert sein, die eine vergleichende Qualitätsdarstellung erschweren.

Das Institut geht auf dieses Problem zwar an vielen Stellen im Vorbericht ein. Die Lösungen sind aber zum Teil nicht überzeugend. Methodisch ist zu kritisieren, dass bereits bei der Leitlinienrecherche nicht präzise differenziert wird, für welche Erkrankungen welche Leitlinienempfehlungen vorliegen. An vielen Stellen werden Aussagen zum adäquaten Behandlungsprozess von einem Krankheitsbild ohne weitere Diskussion pauschal auf die gesamte Psychotherapie ausgeweitet. Bei der Konstruktion der Indikatoren und der Datenfelder bedient man sich des Hilfsmittels, die Aussagen möglichst wenig präzise und damit allgemeingültig zu halten. Es ist zu befürchten, dass die Aussagekraft von Leistungserbringervergleichen anhand dieser Indikatoren entsprechend wenig aussagekräftig sein werden. Exemplarisch sei der Qualitätsindikator zur Kooperation genannt. Hier soll das Qualitätsziel erfüllt sein, wenn die Psychotherapeutin/ der Psychotherapeut (irgend)einen „Mitbehandler“ kontaktiert und diesen Kontakt dokumentiert hat. Allein für diesen Indikator sollen bis zu 15 Datenfelder dokumentiert werden.

Es wäre zu erwarten, dass das IQTIG die Grenzen der Methodik der Verallgemeinerung von Qualitätsaussagen herausarbeitet und darauf hinweist, wann im weiten Fachgebiet der Psychotherapie in QS-Auswertungen differenziertere Betrachtungen, z. B. durch Untergruppenbildung notwendig sind. Stattdessen geht man augenscheinlich davon aus, dass das alle Indikatoren in gleicher Weise und in allen Versorgungskonstellationen anwendbar sind.

Die Tragweite der Einführung des vorgeschlagenen QS-Verfahrens wird im Vorbericht nicht ausreichend deutlich herausgearbeitet. Während in somatischen Leistungsbereichen in der Regel ohnehin in der Versorgung anfallende klinische Daten für die Qualitätssicherung verwendet werden, würde ein QS Verfahren ambulante Psychotherapie selbst erheblich in die

vertraulich

Versorgungsprozesse eingreifen. Es würden Dokumentationsschritte flächendeckend verpflichtend eingeführt, die bis dato nicht oder kaum verbreitet sind. Die Qualitätssicherung, deren Hauptaufgabe es üblicherweise ist, die Einhaltung von Standards in der Versorgung zu überwachen, würde also in diesem Fall selbst neue Standards setzen.

Die besondere Bedeutung der Akzeptanz einer neu eingeführten digitalen Dokumentation bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wird im Bericht an einigen Stellen zurecht erwähnt. Der vorgeschlagene Datensatz muss allerdings, auch im Vergleich zu den in der datengestützten QS des G-BA eingesetzten Dokumentation, aus Sicht der Bundesärztekammer als eher wenig anwenderfreundlich eingestuft werden. Zudem bestehen einige Inkonsistenzen und inhaltliche Widersprüche. Hier wäre eine Detail-Überarbeitung des Datensatzes wünschenswert.

Zusammenfassend vermag das vorgelegte Instrument der datengestützten Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie trotz des eingangs durchaus gelungenen Überblicks über die Versorgungspraxis nicht voll umfänglich zu überzeugen. Es fokussiert auf einige Prozessschritte zu Beginn, im Verlauf und am Ende der psychotherapeutischen Behandlung, ohne dass überzeugend dargelegt wird, dass mit diesen Indikatoren wirkliche Versorgungsdefizite adressiert werden.

Das vorgeschlagene Messinstrument der fallbezogenen QS-Dokumentation ist alles andere als ressourcenschonend. Die Vollerhebung durch die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie das sich daran anschließende Rückmelde- und Stellungnahmesystem verlangt angesichts der vom IQTIG genannten jährlich 1,5 Millionen versorgten Patientinnen und Patienten einen hohen technischen, administrativen und personellen Aufwand.

Eine Gesamtaussage zum QS-Verfahren ambulante Psychotherapie ist erst möglich, wenn auch das Instrument der Patientenbefragung sowie Entwicklungsergebnisse geplanter weiterer Folgebeauftragungen des G-BA final vorliegen.

vertraulich

Stellungnahme

Stellungnahme zum IQTIG-Vorbericht zur Entwicklung eines „Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“

vom 22. März 2021

30.04.2021

vertraulich

BPtK
Klosterstraße 64, 10179 Berlin
Tel.: 030. 278 785 - 0
Fax: 030. 278 785 - 44
info@bptk.de
www.bptk.de

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung ... 3

2 Methodisches Vorgehen des IQTIG ... 3

3 Entwicklung der Qualitätsindikatoren ... 6

3.1 Qualitätsaspekt „Diagnostik“ ... 6

3.1.1 Qualitätsindikator „Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen“ ... 7

3.1.2 Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten“ ... 12

3.2 Qualitätsaspekt „Therapiezielvereinbarung“ ... 14

3.2.1. Qualitätsindikator „Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen“ 15

3.3 Qualitätsaspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“ ... 16

3.3.1 Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs“ ... 17

3.3.2 Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf“ ... 18

3.4 Qualitätsaspekt „Kooperation“ ... 19

3.4.1 Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten“ ... 20

3.5 Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“ ... 23

3.5.1 Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie“ ... 24

3.5.2 Qualitätsindikator „Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses“ ... 25

3.6 Qualitätsaspekt „Outcome“ ... 26

3.6.1 Qualitätsindikator „Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie“ ... 28

4 Umsetzungs- und Auswertungskonzept ... 28

5 Zusammenfassung ... 30

6 Literatur ... 32

vertraulich

1 Einleitung

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) wurde am 17. Mai 2018 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nach § 137a SGB V damit beauftragt, aufbauend auf einem Qualitätsmodell ein Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zu entwickeln. Das einrichtungsübergreifende, sektorspezifische QS-Verfahren soll dabei diagnose- und therapieverfahrensunabhängig für die ambulante psychotherapeutische Versorgung anwendbar sein. Für den Einsatz in den ambulanten psychotherapeutischen Einrichtungen hat das IQTIG dabei die Aufgabe, ein kompaktes, fokussiertes und fallbezogenes Instrumentarium sowie ergänzend eine Patientenbefragung zu entwickeln. Ziele sind die Messung und vergleichende Darstellung der Qualität der psychotherapeutischen Versorgung sowie die Förderung der Qualität durch die entwickelten Instrumente und Indikatoren. Gegenstand dieser Stellungnahme ist die Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis einer QS-Dokumentation der Leistungserbringer*innen, wie sie mit dem Vorbericht mit Stand vom 22. März 2021 einschließlich der Anlagen vom IQTIG vorgelegt wurde.

2 Methodisches Vorgehen des IQTIG

Im Kapitel 3 des Vorberichts wird das methodische Vorgehen des IQTIG skizziert, das bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren und der Ableitung von Qualitätsmerkmalen aus den für das Qualitätsmodell selektierten Qualitätsaspekten angewandt worden ist. Hierbei verweist der Vorbericht auf die teilweise Aktualisierung der systematischen Literaturrecherche, die Leitlinienrecherche, weitere explorative Analysen neuer Sozialdaten von einer kooperierenden Krankenkasse, die Auswertungsergebnisse der Fokusgruppen und schließlich den Einbezug des Expertengremiums sowie das methodische Vorgehen bei der Indikatorenentwicklung, wie es in Abschnitt 3.6 beschrieben wird. Nach Ableitung der Qualitätsmerkmale unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Informationsquellen sollen diese auf folgende Eignungsmerkmale geprüft werden (S. 63):

- Bedeutung für die Patient*innen,
- Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel,
- Übereinstimmung mit einem Qualitätsaspekt,
- Potenzial zur Verbesserung,
- Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer*in,
- Zuschreibbarkeit der Verantwortung.

vertraulich

Aus der Beschreibung dieses Entwicklungsprozessschrittes geht jedoch nicht hervor, ob dieser in der geplanten Weise durchgeführt wurde, wer diese Prüfschritte konkret durchgeführt hat (eine oder mehrere Mitarbeiter*innen des IQTIG), wie die Prüfkriterien operationalisiert wurden und mit welchen konkreten Ergebnissen diese Prüfung der abgeleiteten Qualitätsmerkmale durchgeführt wurde. Die abweichend zu anderen Textteilen im Präsens formulierte Darstellung in diesem Absatz hinterlässt darüber hinaus den Eindruck, dass hier lediglich das geplante und generell am Methodenpapier des IQTIG orientierte Vorgehen und nicht der tatsächlich durchgeführte Prüfprozess beschrieben wird. Nach der Darstellung in Abschnitt 3.6 erfolgte erst im Anschluss an den oben genannten Prozess der Einbezug des Expertengremiums, denen die konkretisierten Qualitätsmerkmale dann zur Diskussion und Bewertung vorgelegt wurden. Diese Bewertung bezog sich dabei auf die Kriterien:

- Potenzial zur Verbesserung,
- Zuschreibbarkeit der Verantwortung zur Leistungserbringer*in

sowie entsprechend dem Auftrag spezifisch für dieses QS-Verfahren:

- Unabhängigkeit von der spezifischen Diagnose,
- Unabhängigkeit vom angewandten psychotherapeutischen Verfahren und
- Anwendbarkeit des Qualitätsmerkmals für die Systemische Therapie.

In Abschnitt 3.5.5 wird dabei auf ein zweistufiges Verfahren rekurriert, das sich an die RAND/UCLA-Appropriateness-Method (RAM) anlehnen soll und bei dem die Expert*innen gebeten wurden, jedes Qualitätsmerkmal hinsichtlich der Eignungskriterien auf einer 9-stufigen Skala (von 1 = kein Verbesserungsbedarf bis 9 = sehr hoher Verbesserungsbedarf) einzuschätzen. Die Eignung wird dabei erst ab einem Punktwert von mindestens 7 angenommen. Der Konsens bei der Einschätzung der Eignung der Qualitätsmerkmale setzt dabei voraus, dass mehr als 75 Prozent der Expert*innen ein Kriterium als gegeben bewerten. Diese Bewertung erfolgte offenbar vorab schriftlich und die Rückmeldungen dieser Ergebnisse wurden dann in der Sitzung des Expertengremiums diskutiert.

Die konkrete Umsetzung dieses Bewertungskonzepts und die konkreten Bewertungen können dann jedoch dem Vorbericht nicht mehr entnommen werden. Sofern schriftliche, systematische Bewertungen vorgenommen wurden, sollten diese nicht nur narrativ berichtet, sondern transparent gemacht werden. Dies wurde jedoch an keiner Stelle realisiert.

vertraulich

Aufgrund der unklaren Prozesse und in der Anwendung nicht eindeutig definierten Schwellen für die Ablehnung oder Annahme von Qualitätsmerkmalen wird auch nicht ersichtlich, welches Gewicht den Mitgliedern des Expertengremiums in den einzelnen Entwicklungsschritten zukam und welcher Einfluss und Entscheidungsspielraum diesbezüglich bei den Mitarbeiter*innen verortet war. Auch ist nicht transparent, wie innerhalb des IQTIG die Entscheidungen getroffen wurden, welche Personen, Gruppen und Gremien beteiligt und welche Kriterien bei den jeweiligen Entscheidungen maßgeblich waren.

Auch die narrative Beschreibung der Einschätzungen des Expertengremiums zu den einzelnen Qualitätsindikatoren lässt nicht erkennen, ob die Operationalisierung der Qualitätsindikatoren noch unter systematischer Beteiligung des Expertengremiums durchgeführt und diese in einem formalen Prozess konsentiert wurden.

Auch die konkreten Vorschläge für die Referenzbereiche bei den einzelnen Indikatoren können in der aktuellen Darstellung im Vorbericht nicht nachvollzogen werden. Sämtliche vorgeschlagene Indikatoren sind Prozessindikatoren. Bei einem Teil der Indikatoren wird bei der Beschreibung des Qualitätsziels die Formulierung verwendet, dass „in möglichst vielen Fällen“ etwas getan werden soll, z. B. beim Qualitätsindikator ID 43xx15 zur patientenindividuellen Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten. Dieses wird dann auf der Ebene des Referenzbereichs übersetzt in die Forderung, dass der Indikator bei ≥ 90 Prozent der Fälle erfüllt sein muss. Bei einem anderen Teil der Indikatoren wird dagegen die Formulierung „in möglichst allen Fällen“ verwendet und auf der Ebene des Referenzbereichs in ≥ 95 Prozent der Fälle übersetzt (siehe zum Beispiel ID 43xx14 zu umfassenden diagnostischen Gesprächen mit Erfassung von behandlungsrelevanten Dimensionen). Auf welcher Grundlage die jeweiligen Einschätzungen bei der Formulierung der Qualitätsziele der Indikatoren getroffen wurden und welches Rationale bei der Definition der Referenzbereiche zum Einsatz kommt, kann der Darstellung im Vorbericht leider nicht entnommen werden.

Ein systematisches und transparentes wissenschaftliches Vorgehen mit definierten, nachvollziehbaren Prozessschritten und Entscheidungskriterien ist essenziell für die wissenschaftliche Fundierung des Indikatorensets und die Akzeptanz der Entwicklungsergebnisse in den Fachkreisen. Für den Abschlussbericht sollte dies entsprechend für die einzelnen Entwicklungsschritte von der Ableitung der Qualitätsmerkmale, der Ablehnung, Modifikation und Konsentierung der Qualitätsmerkmale und der Operationalisierungsschritte hin zum Qualitätsindikator mit seinen Rechenregeln und den vorgeschlagenen Referenzbereichen ergänzt und präzisiert werden.

vertraulich

3 Entwicklung der Qualitätsindikatoren

Mithilfe einer Leitlinien- und Literaturrecherche sowie der Befragung von Fokusgruppen und eines Expertengremiums wurden im Vorbericht auf Basis eines zuvor entwickelten Qualitätsmodells für sechs Qualitätsaspekte Hinweise auf Verbesserungspotenziale in der ambulanten Psychotherapie ermittelt. Die Verbesserungspotenziale wurden mittels neun Qualitätsmerkmalen konkretisiert, die wiederum durch neun Qualitätsindikatoren operationalisiert wurden. Im Folgenden werden die abgeleiteten Qualitätsmerkmale und -indikatoren hinsichtlich ihrer Güte für jeden Qualitätsaspekt einzeln anhand Nationaler Leitlinien sowie der im Vorbericht beschriebenen Literaturrecherche beurteilt:

3.1 Qualitätsaspekt „Diagnostik“

Die Literaturrecherche erbrachte nach der Darstellung im Vorbericht (S. 45 f.) vereinzelte Hinweise für die Ableitung der Qualitätsmerkmale. Hierbei wird insbesondere auf die Modellstudie der Techniker Krankenkasse zur Verlaufsmessung ausführlicher Bezug genommen (Wittmann et al., 2011). Das IQTIG fasst die Ergebnisse der Studie dahingehend zusammen, dass bei den Patient*innen in der Experimentalgruppe, bei der für die Diagnostik regelhaft standardisierte Instrumente zur Symptomerhebung eingesetzt wurden, im Vergleich zur Kontrollgruppe (reguläres Gutachterverfahren) mehr Diagnosen kodiert wurden und insoweit die Psychotherapeut*innen in dieser Gruppe auch differenzierter diagnostizierten.

Darüber hinaus wird in dem Vorbericht auf weitere Erkenntnisse aus den in der Literaturrecherche identifizierten Studien Bezug genommen. Mit Hinweis auf die Publikation von Beard & Delgadillo wird auf die Bedeutung der frühzeitigen Messung hingewiesen, ob eine Patient*in auf die Behandlung anspricht. Ferner wird in Abschnitt 3.2.3 empfohlen, im Rahmen der Eingangsdiagnostik auch eine Erhebung der patientenseitigen Erfolgserwartung vorzunehmen, um ein besseres Behandlungsergebnis zu erzielen (IQTIG 2021a, S. 46). Die hierfür angeführte Studie von Constantino und Kollegen (2018a) fand jedoch nur einen sehr geringen und je nach untersuchten Studien stark variierenden Zusammenhang zwischen patientenseitiger Erfolgserwartung und Behandlungserfolg. Auf dieser empirischen Grundlage erscheint eine Empfehlung für die Erfassung der patientenseitigen Erfolgserwartung nicht sinnvoll. Der Vorbericht macht in diesem Zusammenhang auch nicht transparent, aus welchen Gründen die Studie zwar als Datengrundlage für die Entwicklung der Qualitätsindikatoren benannt wird, in den weiteren Konkretisierungen der Qualitätsmerkmale und der Operationalisierung der Qualitätsindikatoren aber nicht mehr berücksichtigt wird.

vertraulich

Des Weiteren wird im Vorbericht eine Erfassung des Copingstils von Patient*innen zu Behandlungsbeginn empfohlen (IQTIG 2021a, S. 46). Als Evidenz hierfür werden Befunde von Beutler und Kollegen (2018a) angeführt. Diese argumentieren, dass Patient*innen je nach individuellem Copingstil unterschiedlich gut auf verschiedene Therapieverfahren ansprechen. Die Studienautoren empfehlen im Zuge dessen, den Copingstil von Patient*innen durch ein initiales Assessment oder durch die Anamnese der Lebensgeschichte zu erheben. Das Indikatorenset 1.0 des IQTIG empfiehlt zwar mit Datenfeld 13 die Erhebung einer biografischen Anamnese, im Vorbericht wird jedoch nicht erläutert, inwieweit die Erfassung des individuellen Copingstils von Patient*innen hierin aufgeht. Auch der Aspekt der Passung zwischen Copingstil der Patient*in und Therapieverfahren wird im weiteren Ableitungsprozess und der Operationalisierung der Qualitätsindikatoren nicht erneut aufgegriffen.

Dagegen finden die in den Studien von Schawohl und Odenwald (2018) sowie Dewar und Kollegen (2020) untersuchten Risikofaktoren für Behandlungsabbrüche und ein schlechtes Behandlungsergebnis bei der Operationalisierung des Qualitätsindikators Berücksichtigung. Die hier ermittelten zentralen Prädiktorvariablen (v. a. komorbide Störungen wie Alkoholmissbrauch, Depression) finden bei der Berechnung eines der beiden Qualitätsindikatoren über die Datenfelder 14 und 20 Eingang.

Für den Qualitätsaspekt „Diagnostik“ wurden nach der Darstellung im Vorbericht des IQTIG anhand der eingeschlossenen Leitlinien zwei Qualitätsmerkmale abgeleitet: „Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e“ und der „Einsatz von geeigneten, validierten Messinstrumenten und Dokumentation der Ergebnisse“. Das erste abgeleitete Qualitätsmerkmal soll dabei konkrete Inhalte des diagnostischen Gesprächs (besser: der diagnostischen Gespräche bzw. der gesamten Diagnostik und Differenzialdiagnostik) adressieren und rekurriert dabei auf qualitative diagnostische Informationen, deren Erhebung in einzelnen Leitlinien empfohlen wird. Für das Qualitätsmerkmal des „Einsatzes von störungsspezifisch geeigneten und validierten Messinstrumenten“ wird dagegen vor dem Hintergrund der zitierten Leitlinienempfehlungen vor allem auf den quantitativen Aspekt der diagnostischen Erfassung mittels störungsspezifischer und validierter Instrumente abgestellt.

3.1.1 Qualitätsindikator „Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen“

Hinsichtlich des Potenzials zur Verbesserung beim Qualitätsmerkmal „umfassende, diagnostische Gespräche und deren Dokumentation“ stellt das IQTIG in seinem Vorbericht eingangs fest, dass anhand der vorliegenden Literatur keine Aussagen hinsichtlich eines

vertraulich

eventuell bestehenden Verbesserungspotenzials getroffen werden konnten. Das IQTIG argumentiert weiter, dass keine spezifischen Abrechnungsziffern existierten, sodass anhand der dem IQTIG vorliegenden Sozialdaten einer Krankenkasse keine diesbezüglichen Analysen durchgeführt werden konnten.

Diese Aussage überrascht angesichts dessen, dass mit der GOP 35151 für die psychotherapeutische Sprechstunde, der GOP 35150 für die probatorische Sitzung und der GOP 35141 für die biografische Anamnese gleich mehrere Abrechnungsziffern vorliegen, mit denen dezidierte diagnostische Gesprächsleistungen und Erhebungen abgerechnet werden. Die Analysen der Sozialdaten bei den Krankenkassen könnten aufzeigen, in welchem Umfang tatsächlich umfassende diagnostische Gesprächsleistungen und eine systematische Erhebung diagnostischer Informationen – auch für die verfahrensspezifische Diagnostik (nicht zuletzt in den probatorischen Sitzungen) – vor Beginn einer Richtlinienpsychotherapie durchgeführt werden.

Die Argumentation für mögliche Hinweise auf bestehende Verbesserungspotenziale in diesem Bereich fällt im Vorbericht im Weiteren ausgesprochen vage und wenig transparent aus. So wird lediglich auf die Auswertungen der Fokusgruppen Bezug genommen, die Hinweise ergeben hätten, dass Patient*innen Erfahrung mit unzureichender Diagnostik gemacht hätten und dass diese nicht immer individuell genug gewesen sei. Ferner werden Hinweise auf deutliche Unterschiede bezüglich der Umsetzung und Gestaltung der Diagnostik angeführt. Das im Vorbericht angeführte Zitat (S. 83, ab Zeile 3) vermag diese Hinweise nicht zu illustrieren oder zu konkretisieren. Es deutet allenfalls an, dass die Patient*in in ihrer Behandlungsgeschichte – ggf. bei verschiedenen Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen – bereits unterschiedliche bzw. auch keine psychischen Diagnosen erhalten hat. Inwieweit dies auf ein Fehlen umfassender diagnostischer Gespräche in der ambulanten Psychotherapie zurückzuführen war, ist nicht erkennbar. Grundsätzlich erscheint es aus wissenschaftlicher Perspektive sehr fraglich, ob aus einzelnen Äußerungen in wenigen knapp zweistündigen Fokusgruppen zu einem breiten Spektrum von Themen mit der gebotenen Validität auf bestehende Verbesserungspotenziale geschlossen werden kann. Zu berücksichtigen ist hier zusätzlich, dass lediglich eine Fokusgruppe mit Patient*innen zusammengesetzt wurde, die jüngst ihre ambulante Behandlung abgeschlossen hatten. Dies ist nicht zuletzt auch bedeutsam mit Blick auf die weitere Operationalisierung des Qualitätsmerkmals und die Ausgestaltung und Festlegung der einzelnen Datenfelder.

Im Zuge der Operationalisierung wurden vom IQTIG für das Qualitätsmerkmal „Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e“ im Rahmen der Leitlinien- und Literaturrecherche

vertraulich

zehn diagnostische Informationen identifiziert, die in der Eingangsdiagnostik erhoben werden sollten:

1. Erhebung der Symptomatik,
2. ausführliche (biografische) Anamnese,
3. Erhebung psychischer Komorbiditäten,
4. Erhebung somatischer Komorbiditäten,
5. Medikamentenanamnese,
6. Erhebung der Behandlungsgeschichte,
7. Erhebung der funktionalen Einschränkung,
8. Erhebung der Lebensqualität,
9. Erhebung des Substanzmissbrauchs,
10. Abklärung der Suizidalität.

Eine Überprüfung der BPtK anhand von elf nationalen S3-Leitlinien zeigt, dass ein wesentlicher Teil dieser Informationen in den Leitlinien benannt wird als eine diagnostische Information, die im Rahmen der Diagnostik erhoben werden sollte. Durchschnittlich werden 81 Prozent der zehn in der Operationalisierung aufgeführten diagnostischen Informationen des Qualitätsmerkmals „Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e“ auch in elf nationalen S3-Leitlinien im Rahmen der Diagnostik (in Empfehlungen selbst oder im Hintergrundtext) zur Erfassung empfohlen (DeGPT et al. 2019, DGBS/DGPPN 2019, DGfS 2018, DGKJP et al. 2017, DGPM et al. 2014, DGPM/DGKJP 2018, DGPPN et al. 2013, DGPPN et al. 2017, DGPPN et al. 2019, DGPPN et al. 2020, Riemann et al. 2017).

Die „Erhebung von Lebensqualität“ wird allerdings nur in drei von elf S3-Leitlinien (DGPPN et al. 2013, DGPPN et al. 2019, DGPPN et al. 2020) empfohlen und nur in einer Leitlinie auch ausdrücklich für den Behandlungsbeginn (DGPPN et al. 2013), wie dies durch Datenfeld 19 im Indikatorenset 1.0 operationalisiert wurde (IQTIG 2021b). Damit kann vor dem Hintergrund der Leitlinienempfehlungen die Erhebung dieser diagnostischen Information als nicht für alle psychischen Störungsbilder gleichermaßen relevant betrachtet werden. Das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität hat in der epidemiologischen Forschung und in der Methodenbewertung eine zunehmende Relevanz erhalten, insbesondere vor dem Hintergrund einer in der Bevölkerung gestiegenen Lebenserwartung und der durch die erreichten medizinischen Behandlungserfolge bei der Mortalitätsbekämpfung gestiegenen Bedeutung chronischer Krankheiten für das Morbiditätsspektrum. Hierdurch spielt die gesundheitsbezogene Lebensqualität als Indikator für Gesundheit in der Bevölkerung, aber auch für die Bewertung von Behandlungsmethoden

vertraulich

eine zunehmende Rolle (Ellert & Kurth, 2013). Die valide Erfassung dieses multidimensionalen Konstrukts, welches körperliche, emotionale, mentale, soziale und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit aus der subjektiven Sicht der Betroffenen abbildet, setzt dabei die Anwendung von entsprechend validierten Fragebögen voraus, die generisch-krankheitsübergreifend (z. B. SF-36) oder krankheitsspezifisch (z. B. EORTC für onkologische Erkrankungen) ausgestaltet sein können.

Die Erfassung der Lebensqualität bietet sich jedoch insbesondere bei chronischen Erkrankungen an und stellt keinen allgemeinen diagnostischen Standard bei der Behandlung sämtlicher psychischer Erkrankungen und deren Verlaufsformen dar. So wird die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auch in den Empfehlungen der BPtK für die Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen (BPtK, 2020) unter dem Punkt „Diagnostische Untersuchungen“ zwar mit aufgeführt. Deren Erfassung wird jedoch gerade nicht übergreifend für alle Patient*innen in der psychotherapeutischen Behandlung empfohlen. Vielmehr sollen die im individuellen Fall behandlungsrelevanten Dimensionen diagnostisch erfasst werden. Hierzu kann – insbesondere bei chronisch verlaufenden Erkrankungen – die gesundheitsbezogene Lebensqualität gehören, dies ist aber in vielen Fällen in Anbetracht der im individuellen Fall vorliegenden Erkrankungen, Verlaufsformen und Problembereiche auch gerade nicht zutreffend. Auch die Bezeichnung des Qualitätsindikators QI 43xx14 wurde nach Beratung im Expertengremium dahingehend verändert, dass die Erfassung der **behandlungsrelevanten** Dimensionen abgebildet werden soll. Die jeweils behandlungsrelevanten Dimensionen können sich jedoch, je nach individuellem Fall, deutlich unterscheiden.

Insoweit wäre es nicht sachgerecht, über die vorgesehene Operationalisierung im Datenfeld 19 in Verbindung mit der Berechnung des Qualitätsindikators ID 43xx14 über eine UND-Verknüpfung der Datenfelder 12 bis 24, auch die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als einen allgemeinen diagnostischen Standard in der ambulanten Psychotherapie zu definieren, der bei allen Patient*innen zu gewährleisten ist. Dies würde den Anforderungen an ein diagnose- und verfahrensübergreifendes QS-Verfahren für die ambulante Psychotherapie nicht gerecht werden und bedeutet einen fachlich nicht begründeten Eingriff in die diagnostischen Prozesse in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung.

Darüber hinaus bilden die in der Operationalisierung des Qualitätsindikators „Umfassende diagnostische Gespräche mit Erfassung von behandlungsrelevanten Dimensionen“ diagnostischen Inhalte und Dimensionen im Kern etablierte Standards der ambulanten

vertraulich

psychotherapeutischen Versorgung ab. Dies gilt auch für die Ergänzungen, die im Zuge der Beratungen im Expertengremium erfolgt sind und sich auf die Durchführung einer verfahrensspezifischen Diagnostik, die Erfassung der Therapiemotivation und die Prüfung der Passung von Psychotherapeut*in und Patient*in beziehen. Gemäß der Darstellung im Vorbericht (S. 86) wurde vom Expertengremium betont, dass diese Bestandteile der Diagnostik unbedingt enthalten bzw. erforderlich seien.

Es ist dem Vorbericht jedoch für keinen dieser diagnostischen Inhalte zu entnehmen, ob hierfür konkrete Verbesserungspotenziale angenommen werden, die eine aufwendige gesonderte Dokumentation für jede Patient*in in Richtlinienpsychotherapie in separaten Datenfeldern rechtfertigen könnten. Es ist kaum vorstellbar, und nach unserer Kenntnis gibt es auch keinen validen Hinweis dafür, dass in der ambulanten Psychotherapie zu Beginn der Behandlung bzw. insbesondere in den psychotherapeutischen Sprechstunden und probatorischen Sitzungen beispielsweise die Symptomatik der Patient*in, die biografische Anamnese oder psychische Komorbiditäten nicht erfasst werden. Insoweit stellt die fehlende transparente und nachvollziehbare Darstellung der kriterienorientierten Bewertung der Qualitätsindikatoren einen gravierenden Mangel in dem Vorbericht dar.

Unter Aufwands-Nutzen-Gesichtspunkten erscheint bereits für eine einrichtungsbezogene Leistungserbringerdokumentation die Berechnung dieses Qualitätsindikators auf Basis von 13 Datenfeldern vor dem Hintergrund fraglicher Verbesserungspotenziale und der stark ausdifferenzierten Abfrage etablierter Standards psychotherapeutischer Diagnostik im Ja/Nein-Antwortschema nicht vertretbar. Hierdurch würde lediglich ein ausgesprochen aufwendiges „Reminder“-System für die Umsetzung diagnostischer Standards bei rund 28.000 Leistungserbringer*innen in einem Bereich etabliert, für den relevante Qualitätsdefizite nicht belegt sind. Dieses Reminder-System, wie hier vom IQTIG vorgeschlagen, gar als fallbezogene Leistungserbringerdokumentation vorzusehen, würde dieses Kosten-Nutzen-Missverhältnis potenzieren. Bei konservativ geschätzten 25 Patient*innen, die pro Leistungserbringer*in und Jahr eine Richtlinienpsychotherapie beenden, resultierten jährlich allein für diesen Indikator über 9 Millionen auszufüllende Datenfelder. Dieser enorme Dokumentationsaufwand müsste somit für die Erfassung eines Qualitätsmerkmals betrieben werden, bei dem das Verbesserungspotenzial wissenschaftlich nicht belegt und auch die Wirksamkeit des Indikators zur Verbesserung der Qualität in diesem Bereich höchstfraglich ist.

vertraulich

3.1.2 Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten“

Vor dem Hintergrund, dass das IQTIG keine systematische Übersicht erstellt hat, ob die krankheitsspezifischen S3-Leitlinien zu einem Qualitätsaspekt auch tatsächlich diagnoseübergreifend vergleichbare Empfehlungen zur Diagnostik enthalten, hat die BPtK diesen Qualitätsaspekt gesondert auf der Grundlage von elf nationalen S3-Leitlinien geprüft. In allen elf gesichteten S3-Leitlinien wird die Anwendung validierter standardisierter bzw. strukturierter Messverfahren im Rahmen der Diagnostik empfohlen. Insoweit weisen die nationalen S3-Leitlinien auf einen medizinisch-psychotherapeutischen Standard hin, der für die Versorgung eines breiten Spektrums psychischer Erkrankungen Gültigkeit besitzen dürfte.

Darüber hinaus werden im Vorbericht auch die Ergebnisse der Modell-Studie der Techniker Krankenkasse von Wittmann und Kollegen (2011) als Hinweis für den qualitätsförderlichen Stellenwert von standardisierten Messinstrumenten in der Diagnostik herangezogen. Hier wird darauf verwiesen, dass *„Therapeutinnen und Therapeuten, die bei der Diagnostik auch standardisierte Instrumente zur Symptomerhebung einsetzen, mehr und differenzierter diagnostizieren als Therapeutinnen und Therapeuten, die diese nicht einsetzen.“* (IQTIG 2021a, S. 45). Wie die Autoren der Studie einräumen, ist dies jedoch nur eine mögliche Erklärung für die Befunde: Die höhere Anzahl an Eingangsdiagnosen in der Gruppe von Therapeut*innen, die standardisierte Instrumente in Form psychometrischer Testverfahren einsetzten, könnte auch auf unterschiedlich hohe Komorbiditäten zwischen den untersuchten Patientengruppen vor Therapiebeginn zurückzuführen gewesen sein (Wittmann et al. 2011, S. 67). Ebenso bleibt in der Studie unklar, wie zuverlässig die Diagnosestellung war, sodass die beobachtete höhere Anzahl an Eingangsdiagnosen nicht gleichbedeutend mit einer differenzierten Diagnostik gewesen sein muss, sondern auch auf eine höhere Rate an falsch positiven Diagnosen zurückzuführen sein könnte. Eine Prüfung am Goldstandard des strukturierten klinischen Interviews wurde nicht durchgeführt. Die Studie lässt aus Sicht der BPtK von daher für sich genommen nicht den Schluss zu, dass eine Anwendung von standardisierten bzw. psychometrischen Testverfahren die Eingangsdiagnostik signifikant verbessern.

Der Vorbericht betont hinsichtlich des Qualitätsaspekts der Diagnostik einer ambulanten Psychotherapie auch, dass eine *„frühzeitige Messung, ob die Patientinnen und Patienten auf die Behandlung ansprechen, bedeutsam [ist] und einen Einfluss auf den Erfolg der Psychotherapie [hat]“* (IQTIG 2021a, S. 45) und führt hierfür eine Metaanalyse von Beard und Delgadillo (2019) an, die einen starken Zusammenhang zwischen früher Symptomverbes-

Vertraulich

serung und einem positiven Behandlungsergebnis feststellten. Da in 17 der eingeschlossenen 25 Studien kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen zur Anwendung kamen und andere Studien den Effekt früher Symptomverbesserung auf das Behandlungsergebnis für die kognitive Verhaltenstherapie höher als für andere Therapieverfahren einschätzen, betonen die Autoren, dass weitere Forschung nötig ist, um den Effekt auch für andere Therapieverfahren einschätzen zu können. Die beiden zitierten Studien unterliegen insoweit relevanten Limitationen mit Blick auf die Anforderungen an ein diagnose- und therapieverfahrensunabhängiges QS-Verfahren.

Evidenzbasierte und leitlinienorientierte Ausgestaltung der Datenfelder

Darüber hinaus ist unklar, auf welcher Datengrundlage die Ableitung der Datenfelder 28 und 29 (Anwendung und Dokumentation projektiver Testverfahren) erfolgte. Im Vorbericht wird hier unter anderem auf die vorliegenden Abrechnungsziffern für den Einsatz von Messinstrumenten Bezug genommen. Nach unserer fachlichen Einschätzung zählen die projektiven Testverfahren nicht zu den standardisierten diagnostischen Instrumenten, die mit dem Qualitätsindikator ID 43xx15 abgebildet werden sollen. Auch sind uns keine evidenzbasierten Leitlinienempfehlungen bekannt, die die Anwendung von projektiven Testverfahren für eine validere und differenzierte Diagnostik bei psychischen Erkrankungen empfehlen würden. Allein das Vorhandensein von Abrechnungspositionen von Leistungen in demselben Abschnitt des EBM rechtfertigt noch keinen Einbezug in die Operationalisierung des Qualitätsindikators, wenn die betreffende Leistung erkennbar nicht mehr von dem Inhalt des Qualitätsindikators umfasst wird. Da hier im Gegensatz zum vorherigen Qualitätsindikator eine ODER-Verknüpfung vorgesehen ist, wäre ggf. die ausschließliche Anwendung und Dokumentation projektiver Testverfahren für die Erfüllung dieses Qualitätsindikators bereits ausreichend. Dass ein solcher Indikator zur Sicherung der Qualität der diagnostischen Prozesse in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung beitragen könnte, erscheint äußerst fraglich.

Auch in der Zusammenfassung der Beratungen im Expertengremium wird von diesem ausschließlich auf die Selbst- und Fremdeinschätzung sowie die strukturierten diagnostischen Interviews als gleichwertige diagnostische Instrumente neben den schriftlich zu erhebenden Testverfahren abgestellt (S. 88). Die Ableitung der Datenfelder 28 und 29 kann insoweit auf Grundlage der Darstellungen im Vorbericht in keiner Weise nachvollzogen werden. Besonders kritisch erscheint in diesem Zusammenhang darüber hinaus, dass im Vorbericht zwar erwähnt wird, dass Vertreter*innen des Expertengremiums die verpflichtende Anwendung von Testverfahren außerordentlich kritisch gesehen haben, die

vertraulich

Ergebnisse der kriterienorientierten Bewertung dieses Indikators mitsamt seinen Anpassungen im Beratungsprozess und der ggf. schließlich erzielte Konsens im Expertengremium nicht beschrieben und somit nicht nachvollzogen werden können.

Regelung von Qualitätsstandards in der Psychotherapie-Richtlinie

Im Vorbericht wird bei der Diskussion des Potenzials zur Verbesserung bei diesem Qualitätsmerkmal (S. 83) dargestellt, dass die Anwendung von Testverfahren in der Diagnostik hinsichtlich Art und Umfang, insbesondere verfahrensspezifisch, sehr unterschiedlich umgesetzt werde und kein einheitlicher Standard in der psychotherapeutischen Versorgung sei. Vor dem Hintergrund der kritischen Debatte im Expertengremium stellt sich daher auch die Frage, ob eine Festlegung des Einsatzes von geeigneten, validierten Messinstrumenten als neuer Standard für die Richtlinienpsychotherapie über die Operationalisierung des entsprechenden Qualitätsindikators erfolgen sollte. Aus Sicht der BPtK sind derart weitreichende normative Vorgaben, die neue fachliche Standards für die ambulante psychotherapeutische Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten definieren und über die bestehenden berufsrechtlichen Regelungen hinausgehen, in der Psychotherapie-Richtlinie und nicht über themenspezifische Bestimmungen zu einem QS-Verfahren ambulante Psychotherapie in der DeQS-Richtlinie zu regeln.

Zahl der Datenfelder minimieren

Ferner fällt auf, dass bei diesem Indikator der Prozess der Durchführung und der Prozess der Dokumentation jeweils in eigenen Datenfeldern abgebildet wird. Für den Qualitätsindikator „Umfassende diagnostische Gespräche mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen“ wird auf diese Differenzierung verzichtet. Der Bezeichnung des zugehörigen Qualitätsmerkmals nach zu urteilen, soll hierbei aber auch die Dokumentation der Gespräche mit den jeweiligen Inhalten abgebildet werden. Dieser Unterschied in der konkreten Operationalisierung der Qualitätsindikatoren hinsichtlich Erfassung/Abklärung bzw. Durchführung und Dokumentation wird in dem Vorbericht nicht erläutert. Grundsätzlich hält die BPtK es jedoch für geboten, den zusätzlichen Dokumentationsaufwand und somit auch die Zahl der auszufüllenden Datenfelder bei Einführung eines QS-Verfahrens so gering wie möglich zu halten. Dieses Grundprinzip wurde hier nicht eingehalten.

3.2 Qualitätsaspekt „Therapiezielvereinbarung“

Für den Qualitätsaspekt „Diagnostik“ wurden im Vorbericht zwei Qualitätsmerkmale herausgearbeitet: 1. Gemeinsames Festlegen der Therapieziele zwischen Therapeut*in und Patient*in und 2. Überprüfung der Therapieziele im Therapieverlauf. Im weiteren Ent-

vertraulich

wicklungsprozess wurde das zweite Qualitätsmerkmal dem Qualitätsaspekt zur Überprüfung des Therapiefortschritts zugeordnet. Dieses erscheint aus Sicht der BPtK sachgerecht.

3.2.1. Qualitätsindikator „Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen“

Die gemeinsame Vereinbarung von Therapiezielen und deren Dokumentation sind unstrittige Bestandteile einer psychotherapeutischen Behandlung. Entsprechend beinhalten auch die Empfehlungen der BPtK zur Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen diesen Aspekt im Kontext der Behandlungsplanung. Auch eine Analyse auf Grundlage von nationalen S3-Leitlinien zeigt, dass in acht von elf nationalen S3-Leitlinien für die Anfangsphase der Behandlung eine Vereinbarung individueller Therapieziele empfohlen wird (DGBS/DGPPN 2019, DGfS 2018, DGKJP et al. 2017, DGPM et al. 2014, DGPM/DGKJP 2018, DGPPN et al. 2017, DGPPN et al. 2019, DGPPN et al. 2020). Zugleich ergeben sich auch aus den Ergebnissen der aktualisierten systematischen Literaturrecherche des IQTIG keine Hinweise auf ein relevantes Potenzial zur Verbesserung. So beschränkt sich die Begründung dieses Qualitätsmerkmals im Kern aus einzelnen Äußerungen in den Fokusgruppen. Angesichts der sehr begrenzten Datenlage zu Patientenerfahrungen aus den Fokusgruppen, die dort auch nicht systematisch vertieft werden konnten, erscheint die quantitative Aussage, dass sich Hinweise ergeben, dass im Rahmen psychotherapeutischer Behandlungen öfter keine Therapieziele formuliert werden, sehr weitreichend und unzureichend begründet. Die tatsächliche Relevanz eines Qualitätsindikators zur gemeinsamen Therapiezielvereinbarung für die Verbesserung der Qualität in der ambulanten Psychotherapie erscheint insoweit unklar und der Umfang, in dem bei Psychotherapeut*innen hinsichtlich dieses Qualitätsaspekts ggf. überhaupt ein Verbesserungspotenzial besteht, lässt sich auf der Grundlage der vorliegenden Studienbefunde und den Auswertungen der Fokusgruppen abschätzen.

Nicht nachvollzogen werden kann darüber hinaus, dass die Bezeichnung des Qualitätsindikators in der weiteren Entwicklung offenbar gegen die Einschätzung des Expertengremiums dahingehend verändert wurde, dass nicht länger das gemeinsame Erarbeiten und Vereinbaren von Therapiezielen und deren Dokumentation adressiert wird, sondern lediglich die Dokumentation von formulierten Therapiezielen. Aus der Darstellung im Vorbericht (S. 92) kann indirekt erschlossen werden, dass hierbei vonseiten des IQTIG eine Abgrenzung hinsichtlich der Erfassung dieses Qualitätsaspekts in der Patientenbefragung intendiert ist, bei der „insbesondere die partizipativen Anteile im Fokus“ stünden. Allein die konkrete Formulierung der Fragen in den Datenfeldern DF 32 und DF 33 zeigt jedoch, dass auch hier die Vereinbarung von individuellen Therapiezielen zu Behandlungsbeginn

vertraulich

adressiert wird. Vor dem Hintergrund des vornehmlich edukativen Charakters dieses Qualitätsindikators, der einen bereits etablierten Standard in der ambulanten Psychotherapie abbildet, und dem Aspekt, dass die Vereinbarung von Therapiezielen nur gemeinsam mit der Patient*in erfolgen kann, sollte auch die Indikatorbezeichnung den partizipativen Anteil abbilden. Die BPtK schlägt daher vor, den Qualitätsindikator „Gemeinsame Vereinbarung von individuellen Therapiezielen und deren Dokumentation“ zu bezeichnen und aus Gründen der Datensparsamkeit die Frage des Indikators wie folgt zu formulieren:

> DF 32: Wurden in der Anfangsphase der Behandlung **gemeinsam mit der Patient*in** individuelle Therapieziele vereinbart **und dokumentiert**?

3.3 Qualitätsaspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“

Für den Qualitätsaspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“ wurden im Vorbericht zunächst fünf Qualitätsmerkmale herausgearbeitet:

- Regelmäßige Erhebung des Therapiefortschritts im Verlauf (therapiebegleitende Evaluation),
- Überprüfung des Therapiefortschritts anhand der spezifischen Behandlungsziele,
- Überprüfung des Therapiefortschritts anhand der Symptomatik,
- Überprüfung des Therapiefortschritts anhand des psychosozialen Funktionsniveaus,
- Einsatz von geeigneten Skalen oder validierten Instrumenten zur Selbst- und Fremdbeurteilung zur Überprüfung des Therapiefortschritts sowie Dokumentation.

Die Überprüfung des Therapiefortschritts wird hierbei in Dimensionen untergliedert, die je nach psychischer Erkrankung, Krankheitsverlauf, individuellen Problembereichen und Therapiezielen für die Evaluation der Therapieverlaufs im konkreten Behandlungsfall sehr unterschiedliche Relevanz haben können. Insoweit wäre es für ein diagnose- und verfahrensunabhängiges QS-Verfahren nicht sachgerecht, die Erfassung einzelner Dimensionen für alle Patient*innen unabhängig von deren Behandlungsrelevanz im speziellen Fall vorzuschreiben. Insoweit ist es aus Sicht der BPtK sachgerecht, dass hier eine Zusammenführung dieser Merkmale in einem Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs“ vorgenommen wurde, der in der weiteren Operationalisierung insbesondere auf eine Überprüfung der für die Behandlung relevanten Dimensionen abstellt und die patientenindividuellen Erfordernisse damit besser zu berücksichtigen vermag.

vertraulich

Darüber hinaus wurde analog dem Qualitätsindikator ID 43xx15 für den Einsatz standardisierter diagnostischer Instrumente in der Anfangsphase der Behandlung ein entsprechender Qualitätsindikator der „Patientenindividuellen Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf“ entwickelt.

3.3.1 Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs“

Die regelmäßige Reflexion des Behandlungsverlaufs und dessen Dokumentation ist auch aus Sicht der BPtK ein zentraler Qualitätsstandard psychotherapeutischer Behandlung. Entsprechend stellen die Empfehlungen der BPtK zur Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen auf eine wiederholte Erfassung derjenigen Aspekte ab, die im individuellen Fall eine Beurteilung des Behandlungsverlaufs und ein Ansprechen auf die psychotherapeutische Behandlung erlauben. Hierbei wird somit auf die im individuellen Fall behandlungsrelevanten Dimensionen verwiesen. Ein besonderes Gewicht kommt hierbei den mit der Patient*in gemeinsam vereinbarten Therapiezielen zu. Im Zusammenhang mit der Erfassung des Therapieverlaufs erfolgt in der Regel auch die Besprechung des Therapiefortschritts und die Reflexion des bisherigen Therapieverlaufs mit der Patient*in. Dieses ist jeweils in der Patientenakte zu dokumentieren.

Der vorgeschlagene Qualitätsindikator bildet insoweit einen psychotherapeutischen Standard ab, der neben den kammerseitigen Empfehlungen auch in Leitlinienempfehlungen spezifiziert wird, und ist aus fachlicher Sicht unstrittig. Auffällig ist jedoch, dass im Vorbericht nicht dargelegt, inwieweit für dieses Qualitätsmerkmal ein Potenzial zur Verbesserung vorliegt. Weder aus den Ergebnissen der systematischen Literaturrecherche lassen sich hierzu relevante Qualitätsprobleme in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ableiten, noch werden im Vorbericht entsprechende Hinweise auf Qualitätsprobleme vor dem Hintergrund der Auswertungen der Fokusgruppen angeführt.

Inwieweit dem Dokumentationsaufwand, der mit diesem Qualitätsindikator verbunden ist, ein potenzieller Nutzen im Sinne einer möglichen Qualitätsverbesserung gegenübersteht, ist daher unklar. Im Hinblick auf die anzustrebende Datensparsamkeit möchten wir darüber hinaus darauf hinweisen, dass bei der Ausgestaltung der Datenfelder auf eine gesonderte Erfassung der Durchführung der Überprüfung der behandlungsrelevanten Dimensionen bzw. der Erreichung der individuellen Therapieziele und der Dokumentation der Ergebnisse der Überprüfung verzichtet werden sollte. Auch das Datenfeld DF 37 zur ggf. erforderlichen Anpassung der individuellen Therapieziele im Therapieverlauf erscheint für die Berechnung dieses Qualitätsindikators verzichtbar.

vertraulich

3.3.2 Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf“

Hinsichtlich dieses Qualitätsindikators verweisen wir im Wesentlichen auf unsere Ausführungen zum Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten“ (ID 43xx15). Dabei gilt für den Einsatz standardisierter Testverfahren zur Erfassung des Therapieverlaufs in besonderer Weise, dass zwar eine Reihe von evidenzbasierten Leitlinien einen solchen Einsatz empfiehlt, dieses jedoch nicht für alle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung relevanten psychischen Störungen zutreffend ist. Darüber hinaus ist zu beachten, dass zu Behandlungsbeginn ein breiteres Screening der psychischen Belastungen, Beschwerden und Beeinträchtigungen über standardisierte Testverfahren oder strukturierte klinische Interviews noch stärker eine bedeutsame Unterstützung der Differenzialdiagnostik ist. Für die Erfassung des individuellen Behandlungsverlaufs gilt es dagegen, noch stärker auf die individuellen Beschwerden, Problembereiche, Beeinträchtigungen und Therapieziele abzustellen. Hier sind viele Konstellationen vorstellbar, in denen die Anwendung von standardisierten Testverfahren mit keinem bedeutsamen Mehrwert verbunden ist, weil die vorhandenen Instrumente die relevanten Bereiche nicht hinreichend präzise abbilden können und z. B. eine gezielte symptom- oder problemorientierte Erfassung der behandlungsrelevanten Aspekte zu relevanteren und valideren Ergebnissen führen kann.

Darüber hinaus erscheint unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten insbesondere die wiederholte Durchführung von projektiven Verfahren nicht geeignet, um den Therapieverlauf zu evaluieren. Die vorgeschlagene Berechnung dieses Qualitätsindikators kann insoweit nicht nachvollzogen werden.

Im Vorbericht wird schließlich hinsichtlich des Potenzials zur Verbesserung für dieses Qualitätsmerkmal noch argumentiert, dass nach einer Analyse von Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2016 bei lediglich 15 Prozent der Patient*innen im Verlauf der psychotherapeutischen Behandlung der Einsatz von Messinstrumenten abgerechnet wurde. Zum einen ist bei der Interpretation dieser Ergebnisse sicherlich zu berücksichtigen, dass die Abrechnungs- und Vergütungsbedingungen im EBM zum Teil dazu führen, dass die vorgenommene Anwendung von entsprechenden Testverfahren im Behandlungsverlauf nicht selten von Psychotherapeut*innen gar nicht abgerechnet wird. Zum anderen stellt sich angesichts dieser Daten aber auch die Frage, ob es überhaupt gerechtfertigt ist, für alle Diagnosegruppen und alle Behandlungsverfahren in einheitlicher Weise über die Operationalisierung eines Qualitätsindikators die Anwendung von standardisierten Instrumenten zum fachlichen Standard für die Verlaufserfassung in der Richtlinienpsychotherapie zu definieren. Aus Sicht der BPtK wäre die Einführung derartiger neuer fachlicher Standards für

vertraulich

die Richtlinienpsychotherapie ausschließlich über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie zu regeln.

3.4 Qualitätsaspekt „Kooperation“

Für den Qualitätsaspekt „Kooperation“ wurden laut Vorbericht zunächst vier Qualitätsmerkmale herausgearbeitet:

- Absprachen und Kommunikation mit mitbehandelnden Fachärztinnen und Fachärzten oder Hausärztinnen und Hausärzten bezüglich einer bestehenden behandlungsbegleitenden Medikation,
- Absprachen und Kommunikation mit nicht ärztlichen Mitbehandlerinnen und Mitbehandlern, wie Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten,
- Absprachen und Kommunikation mit sozialpsychiatrischen bzw. psychosozialen Institutionen,
- Absprachen und Kommunikation in Vorbereitung oder im Nachgang eines stationären Aufenthalts mit den stationären Leistungserbringer*innen.

Demnach sah das IQTIG in seiner ersten Konzeption eine Untergliederung des Qualitätsaspektes nach bestimmten Leistungserbringergruppen vor, die an der Behandlung von Patient*innen in der ambulanten Psychotherapie beteiligt sein können. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang, dass sich die verschiedenen Gruppen von Leistungserbringer*innen hinsichtlich Häufigkeit, Umfang und Zeitpunkt der Beteiligung an der Behandlung ganz erheblich unterscheiden. Diese Unterschiede werden im weiteren Entwicklungsprozess nach der Darstellung im Vorbericht jedoch nicht näher reflektiert. So findet bei Psychologischen Psychotherapeut*innen in hundert Prozent der Fälle ein – zumindest schriftlicher – Austausch mit einer Hausärzt*in oder Fachärzt*in im Rahmen der obligatorischen somatischen Abklärung und Anforderung des Konsiliarberichts statt. Lediglich für die ärztlichen Psychotherapeut*innen ist ein solcher Austausch nicht vorgeschrieben. Die Kooperation mit einer Soziotherapeut*in ist dagegen nur bei einer kleinen Teilgruppe von Patient*innen relevant. Neben der relativ engen Indikation für eine Soziotherapie, die nur bei einer kleinen Gruppe von Patient*innen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gestellt werden kann, kommen hier in besonderem Maße die in vielen Regionen vollständig fehlenden sozialtherapeutischen Versorgungsangebote zum Tragen. Auffällig ist schließlich noch, dass zwar die Gruppe der Soziotherapeut*innen und der Ergotherapeut*innen explizit genannt werden, die Gruppe der Leistungserbringer*innen der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege aber nicht aufgeführt wird. Auch die Auflistung der

vertraulich

Verordnungsbefugnisse der Psychotherapeut*innen auf Seite 100, zweiter Absatz ist unvollständig. Hier fehlen die Verordnungsbefugnisse für psychiatrische häusliche Krankenpflege, Ergotherapie und Krankenhauseinweisung und sollten auch in der späteren Operationalisierung des Qualitätsindikators, soweit relevant, berücksichtigt werden.

Für die Ableitung der Qualitätsmerkmale wird in dem Vorbericht auf einzelne insbesondere störungsspezifische Leitlinien verwiesen, die Absprachen und Kommunikation mit den an der Behandlung Beteiligten empfehlen, zum Teil auch bereits im Rahmen der Diagnostik. Entsprechend der unterschiedlichen Bedeutsamkeit der Abstimmung und Kooperation mit anderen Leistungserbringer*innen bei den verschiedenen Erkrankungen findet sich eine solche Empfehlung jedoch nicht in allen Leitlinien.

Auch der zu Recht angeführte gesetzliche Auftrag an den G-BA zur Erstellung einer Richtlinie für die strukturierte und koordinierte Versorgung psychisch erkrankter Menschen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Versorgungsbedarf weist bereits darauf hin, dass sich die Relevanz der Kooperation hinsichtlich der Intensität und Dauer der Abstimmung mit anderen an der Behandlung Beteiligten zwischen Patientengruppen erheblich unterscheiden kann. Im Zuge der Beratungen wurden die vier Qualitätsmerkmale schließlich in einem Indikatorentwurf zusammengeführt:

„Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikationen mit mitbehandelnden Fachärztinnen und Fachärzten oder Hausärztinnen und Hausärzten insbesondere bezüglich einer bestehenden behandlungsbegleitenden Medikation, nicht ärztlichen Mitbehandlerinnen und Mitbehandlern wie Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten, sozialpsychiatrischen bzw. psychosozialen Institutionen, stationären Leistungserbringern in Vorbereitung oder im Nachgang eines stationären Aufenthalts.“

Im Vorbericht werden die Gründe für diese Aggregation der Qualitätsmerkmale insgesamt nicht näher erläutert. Dies sollte auch vor dem Hintergrund der quantitativ sehr unterschiedlichen Bedeutsamkeit der adressierten Kooperationsbeziehungen im Abschlussbericht ergänzt werden.

3.4.1 Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten“

Die Berechnung des vorgeschlagenen Qualitätsindikators basiert auf insgesamt 15 Datenfeldern, die von den psychotherapeutischen Leistungserbringer*innen auszufüllen sind. Inhaltlich werden dabei die an der Behandlung Beteiligten in fünf Gruppen untergliedert:

vertraulich

- Fachärzt*innen für Psychiatrie/Nervenheilkunde/Neurologie,
- Psychiatrische/Psychosomatische Klinik, Tagesklinik oder Rehabilitationsklinik,
- andere Ärzt*in, die eine begleitende Medikation mit Psychopharmaka verordnet,
- Leistungserbringer*innen begleitender nicht ärztlicher Therapien,
- sozialpsychiatrische bzw. psychosoziale Institutionen.

Für jede Leistungserbringergruppe sind dabei bis zu drei vergleichbare Datenfelder auszufüllen: 1. Lag eine Mitbehandlung vor? 2. Erfolgte ein Austausch? 3. Wurden der Vorgang und ggf. Inhalte des Austausches dokumentiert?

Aus Sicht der BPtK ist es dabei sachgerecht, dass bei den Antwortoptionen jeweils berücksichtigt wird, ob eine Leistungserbringer*in, eine Einrichtung, die eine Patient*in mitbehandelt hat, erreichbar war und ob eine Patient*in ggf. den Austausch mit der Leistungserbringer*in abgelehnt hat und z. B. die Psychotherapeut*in nicht von der Schweigepflicht entbunden hat. Allerdings wird vonseiten des IQTIG für diesen Indikator auch bei Berücksichtigung der beiden genannten Sonderfälle offenbar die grundsätzliche Annahme vertreten, dass im Falle einer Mitbehandlung in jedem Fall ein Austausch unter den Beteiligten geboten ist. Dies erscheint insbesondere für die begleitende medikamentöse Behandlung mit Psychopharmaka „durch eine andere Ärzt*in“ nicht sachgerecht. In den vielen Fällen, in denen eine begleitende medikamentöse Behandlung mit Psychopharmaka z. B. durch die Hausärzt*in leitliniengerecht und komplikationsfrei durchgeführt wird, ergibt sich regelhaft keine Notwendigkeit für die Psychotherapeut*in, sich mit der mitbehandelnden Ärzt*in dezidiert auszutauschen. Die Frage in Datenfeld DF 53 beschränkt den Inhalt des als erforderlich angenommenen Austauschs darüber hinaus auf die bestehende behandlungsbegleitende Medikation. Diese Form der Fokussierung des Austausches mit den hausärztlichen Kolleg*innen dürfte der Kooperation eher nicht zuträglich sein. Unberücksichtigt bleibt bei diesem Indikator auch gänzlich die hausärztliche Mitbehandlung im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung, ohne dass eine medikamentöse Behandlung durchgeführt wird. In diesen Fällen könnte ein Austausch zwischen den Mitbehandelnden ggf. eher erforderlich sein. Auch ist denkbar, dass der Austausch mit der mitbehandelnden Hausärzt*in gesucht wird bzw. werden sollte, um z. B. im Falle einer schweren depressiven Episode eine noch nicht bestehende, aber indizierte leitlinienorientierte medikamentöse Mitbehandlung prüfen zu lassen.

Aus Sicht der BPtK ist es daher sachgerecht, die Einschränkung auf die medikamentöse Mitbehandlung bei anderen Ärzt*innen aufzugeben und die Antwortoption „2 = Austausch nicht erforderlich“ zu ergänzen.

vertraulich

Bei der Operationalisierung des Indikators wurde ferner auf konkrete Vorgaben verzichtet, zu welchen Zeitpunkten und in welcher konkreten Form Absprachen erfolgen sollen. Dies erscheint angesichts der sehr unterschiedlichen möglichen Fallkonstellationen, sowohl seitens der Patient*in und ihrem Krankheitsverlauf als auch seitens der an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer*innen im Behandlungsverlauf, angemessen.

Zugleich reduziert sich dadurch die Aussagekraft des Indikators hinsichtlich der Qualität der in der Versorgung realisierten Kooperation und damit des überhaupt erzielbaren Nutzens im Sinne einer Qualitätsverbesserung im Bereich der Kooperation erheblich. Dies ist nicht zuletzt der starken Heterogenität der Erkrankungen, Krankheitsverläufe und Behandlungsverfahren bzw. -konstellation geschuldet, die einheitlich über ein gemeinsames Indikatorenset abgebildet werden sollen. Diese Limitationen sollten jedoch im Abschlussbericht noch dezidierter diskutiert werden.

Darüber hinaus möchten wir anregen, die Datenfelder 55 bis 57 umzuformulieren und die Therapien bzw. die Leistungserbringer*innen einschließlich der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege konkret zu benennen, statt die Behandlungen unter nicht ärztliche Therapien zu subsummieren:

DF 55: „Erhielt die Patient*in während der Psychotherapie aufgrund psychotherapeutischer oder psychiatrischer Indikation begleitend psychiatrische häusliche Krankenpflege, Soziotherapie und/oder Ergotherapie?“

DF 56: „Erfolgte für die Patient*in im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung ein Austausch mit den mitbehandelnden Leistungserbringer*innen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, der Soziotherapie bzw. der Ergotherapie?“

DF 57: „Wurden der Vorgang und ggf. die Inhalte des Austauschs mit den mitbehandelnden Leistungserbringer*innen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, der Soziotherapie bzw. der Ergotherapie dokumentiert?“

Im Sinne der Datensparsamkeit sollte für alle fünf Leistungserbringergruppen geprüft werden, ob die Datenfelder zum Austausch und zur Dokumentation nicht in jeweils ein Datenfeld zusammengeführt werden können. Dabei ist generell zu beachten, dass in allen Fällen, in denen die Verordnung von der behandelnden Psychotherapeut*in ausgestellt wird, die Fragen zum Austausch und zur Dokumentation angesichts der unbestimmten Anforderungen an den Austausch bereits aufgrund obligatorischen Leistungen der Verordnung selbst positiv zu bescheiden sein dürften.

vertraulich

Schließlich sei noch darauf hingewiesen, dass die Definition der Gruppe der sozialpsychiatrischen bzw. psychosozialen Institutionen unbestimmt ist und stärker präzisiert werden sollte.

3.5 Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“

Für den Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“ wurden im Vorbericht zunächst fünf Qualitätsmerkmale herausgearbeitet:

- Erhebung und Dokumentation eines ausreichenden Therapiefortschritts anhand der spezifischen individuellen Therapieziele, der Symptomatik, des psychosozialen Funktionsniveaus mit dem Patienten/der Patientin, der ausreichend ist, um die Abschlussphase einzuleiten,
- Einsatz von geeigneten Skalen oder validierten Instrumenten zur Selbst- und Fremdbeurteilung zur Überprüfung eines ausreichenden Therapiefortschritts sowie Dokumentation der Ergebnisse,
- Besprechen, Konsentieren und Dokumentieren der Therapieziele für die Abschlussphase der Psychotherapie durch den Therapeuten/die Therapeutin und den Patienten/die Patientin,
- Besprechen, Konsentieren und Dokumentieren des geplanten Vorgehens für die Abschlussphase der Psychotherapie durch den Therapeuten/die Therapeutin und den Patienten/die Patientin,
- Besprechen und Konsentieren einer ggf. vorliegenden Indikation für eine Rezidivprophylaxe.

Die Reduktion und Modifikation dieser fünf Qualitätsmerkmale auf zunächst drei und schließlich zwei Qualitätsmerkmale aufgrund ggf. IQTIG-interner Überlegungen und der Beratungen im Expertengremium wird in dem Vorbericht nur sehr kursorisch umrissen und kann weder in seinen einzelnen Schritten und den zentralen Argumentationen noch anhand kriterienorientierter Bewertungen nachvollzogen werden. Insbesondere die kurzen Verweise, dass Qualitätsmerkmale zielführender im Rahmen der Entwicklung der Patientenbefragung geprüft werden können (siehe z. B. Seite 107, letzter Absatz des Abschnitts 5.5.2), reichen für die Darstellung eines wissenschaftlichen Entwicklungsprozesses von Qualitätsindikatoren nicht aus. Darüber hinaus werden in diesem Zusammenhang die erheblichen Limitationen der Patientenbefragung (u. a. Anonymisierung und fehlender Fallbezug, Rücklaufquote, geringe Fallzahlen, Grenzen der Erinnerungsleistung für länger zurückliegende Ereignisse) nicht ausreichend reflektiert.

vertraulich

3.5.1 Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie“

Wie im Vorbericht ausgeführt, wurde dieser Indikator in Analogie zum Indikator „Reflexion des Therapieverlaufs“ gefasst und auf den konkreten Anlass der Einleitung der Abschlussphase hin modifiziert. Hinsichtlich des Potenzials zur Verbesserung finden sich im Vorbericht lediglich minimale Ausführungen. Es werden dabei keine konkreten Bezüge zu Empfehlungen eingeschlossener Leitlinien hergestellt. Es wird konstatiert, dass anhand der vorliegenden Literatur für keines der Qualitätsmerkmale eine Aussage hinsichtlich des eventuell bestehenden Verbesserungspotenzials getroffen werden konnte. Auch Sozialdaten bei den Krankenkassen vermochten nach Einschätzung des IQTIG keine Erkenntnisse zur Abschlussphase der Therapie liefern. Schließlich wird dargelegt, dass einzelne Patient*innen aus den Fokusgruppen ihren Therapieabschluss eher abrupt und überraschend erlebt hatten. Darüber hinaus wird lediglich auf Einschätzungen aus dem Expertengremium verwiesen, die die besondere Bedeutung der Abschlussphase innerhalb des therapeutischen Prozesses herausstellen; allerdings ohne, dass dabei bedeutsame Defizite in der Versorgung angeführt werden.

Insgesamt vermag die reine Analogiebildung des Indikators „Reflexion des Therapieverlaufs“ in Anwendung auf die Einleitung der Abschlussphase der Therapie nicht zu überzeugen. So beziehen sich die Fragen der entsprechenden Datenfelder im Wesentlichen erneut darauf, ob eine Überprüfung der behandlungsrelevanten Dimensionen und der vereinbarten individuellen Therapieziele erfolgte und dokumentiert wurde. Die Formulierung „Erfolgte im Therapieverlauf hinsichtlich der Therapiebeendigung eine Überprüfung, ob…“ ist schwer verständlich und geht nach unserer Einschätzung im Kern an der eigentlich zu adressierenden Fragestellung vorbei. Für den Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“ sollte es nicht vorrangig um die Frage gehen, ob eine Prüfung des Therapieverlaufs mit dem Ziel erfolgte festzustellen, ob die Behandlungsziele erreicht worden sind. Dieser Aspekt wird bereits hinreichend über den Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs“ abgedeckt. Hier sollte vielmehr im Vordergrund stehen, ob tatsächlich frühzeitig vor Beendigung der Therapie die Abschlussphase eingeleitet und dies mit der Patient*in besprochen wurde. Ferner sollte betrachtet werden, ob dann auch die für diese Phase relevanten Inhalte Gegenstand der letzten Stunden der Therapie waren.

In der vorliegenden Form ist dieser Qualitätsindikator schwer verständlich, in Teilen redundant zu einem bereits vorgeschlagenen Indikator und bildet den Qualitätsaspekt unzureichend ab.

vertraulich

3.5.2 Qualitätsindikator „Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses“

Die Erweiterung des Qualitätsmerkmals „Besprechen und Konsentierten einer ggf. vorliegenden Indikation für eine Rezidivprophylaxe“ auf die Abklärung der Erforderlichkeit eines breiten Spektrums von Maßnahmen, die der Absicherung des Behandlungsergebnisses dienen, ist nachvollziehbar. Die Beschränkung auf die Rezidivprophylaxe hätte zur Konsequenz, dass in der Mehrzahl der Richtlinienpsychotherapien, die in dem QS-Verfahren adressiert werden sollen, dieser Indikator vor dem Hintergrund der Dauer der Behandlung nicht zur Anwendung gekommen wäre. Die Relevanz und Wirksamkeit von Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses nach einer psychotherapeutischen Behandlung ist auch in Studien gut belegt. Inwieweit bei der Abklärung der Erforderlichkeit solcher Maßnahmen und der Besprechung mit den Patient*innen in der Versorgungspraxis Potenziale zur Verbesserung bestehen, lässt sich dagegen nicht – so auch die Aussage des IQTIG – aus der vorliegenden Literatur ableiten. Auch die Hinweise aus den Fokusgruppen, die im Vorbericht bzw. im Indikatorenset 1.0 angeführt werden, sind im Abgleich mit den Inhalten des konkreten Qualitätsindikators eher vage gehalten.

Kritisch erscheint vor diesem Hintergrund die konkrete Operationalisierung des Indikators, der für ein positives Ergebnis voraussetzt, dass bei allen Patient*innen in Richtlinienpsychotherapie die Erforderlichkeit sämtlicher der folgenden fünf Maßnahmen geprüft wurden:

1. anschließende Rezidivprophylaxe gemäß § 14 Abs. 2 ff. Psychotherapie-Richtlinie,
2. anschließende Weiterbehandlung durch Fachärzt*innen (einschließlich Hausärzt*innen),
3. anschließende Behandlung durch nicht ärztliche Behandelnde,
4. anschließende Versorgung durch sozialpsychiatrische bzw. psychosoziale Institutionen,
5. anschließende Behandlung durch (teil-)stationäre Leistungserbringer*innen.

So kann von Psychotherapeut*innen, die angesichts der Erreichung der Therapieziele planen, eine Kurzzeittherapie zu beenden, nicht erwartet werden, dass sie für diese Patient*innen die Erforderlichkeit einer Rezidivprophylaxe gemäß § 14 Absatz 2 ff. Psychotherapie-Richtlinie prüfen (siehe DF 66), da diese überhaupt erst im Rahmen einer Langzeittherapie mit mindestens 40 Behandlungsstunden in Betracht kommt. Es wäre nicht sachgerecht, wenn Psychotherapeut*innen diese Frage in der Weise umdeuten müssten,

vertraulich

ob sie geprüft haben, ob eine deutliche Verlängerung der Kurzzeittherapie geboten ist, um dann nach 40 Stunden eine erforderliche Rezidivprophylaxe durchführen zu können.

Auch das Datenfeld DF 68 ist in seiner Formulierung zu unbestimmt und darüber hinaus mit der Bezeichnung „nicht ärztliche Behandelnde“ sehr arztzentriert ausgestaltet. Wenn hier in Anlehnung an den Qualitätsindikator zur Kooperation die Ergotherapeut*innen, Soziotherapeut*innen und die Leistungserbringer*innen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege adressiert werden sollen, sollten diese in der Frage konkret benannt werden. Darüber hinaus dürften Fallkonstellationen, in denen sich eine Ergotherapie, Soziotherapie oder psychiatrische häusliche Krankenpflege an eine ambulante Psychotherapie zur weiteren Stabilisierung des Behandlungserfolgs anschließen, ausgesprochen selten sein. Diese werden in der Regel begleitend zur ambulanten Psychotherapie, aber nicht am Ende zur Sicherung des Behandlungserfolgs verordnet. Insoweit ist die Relevanz dieses Datenfeldes für den Indikator ausgesprochen begrenzt und rechtfertigt nicht den erheblichen fallbezogenen Dokumentationsaufwand für rund 28.000 niedergelassene Psychotherapeut*innen.

Dies trifft auch für das Datenfeld 70 zur Behandlung durch (teil-)stationäre Leistungserbringer*innen zu. Die Schnittstelle zwischen dem stationären Sektor und der ambulanten Psychotherapie ist insbesondere vor und während der psychotherapeutischen Behandlung bedeutsam. Dagegen stellt sich zum Abschluss einer ambulanten Psychotherapie regelhaft nicht die Frage, ob sich zur Sicherung des Behandlungserfolgs eine (teil-)stationäre Behandlung anschließen sollte. Auch dieses Datenfeld sollte daher angesichts der begrenzten Relevanz und Nachvollziehbarkeit für die niedergelassenen Psychotherapeut*innen entfallen.

Schließlich ist auch die Begrifflichkeit der sozialpsychiatrischen bzw. psychosozialen Institutionen im Datenfeld DF 69 zu unpräzise und sollte gegebenenfalls geschärft werden.

3.6 Qualitätsaspekt „Outcome“

Für den Qualitätsaspekt „Outcome“ wurden im Vorbericht zunächst sechs Qualitätsmerkmale herausgearbeitet:

- Erreichen individuell gesetzter Therapieziele (Grad der Therapiezielerreichung),
- Verbesserung der Symptomatik,
- Verbesserung der Funktionalität,
- Verbesserung der (sozialen) Teilhabe,
- Verbesserung der Lebensqualität,

vertraulich

- Fertigkeiten und Strategien zur Krankheitsbewältigung (Selbstmanagementfähigkeiten und Copingstrategien, selbstwirksamer Umgang mit der Erkrankung und ihren Symptomen.

Im Vorbericht wird dargelegt, dass die Qualitätsmerkmale „Verbesserung der sozialen Teilhabe“, „Verbesserung der Lebensqualität“ und „Fertigkeiten und Strategien zur Krankheitsbewältigung“ frühzeitig nicht weiterverfolgt wurden, weil diese auch in der parallel in Entwicklung befindlichen Patientenbefragung verortet wurden. Der zusätzliche Hinweis auf die Beauftragung, wonach für das QS-Verfahren kein standardisiertes Instrument vorgegeben werden darf, kann für diesen Selektionsschritt jedoch nicht nachvollzogen werden, da sich die potenziell damit verbundene Einschränkung in vergleichbarer Weise auch für die anderen drei Qualitätsmerkmale ergibt.

Die gesonderten Ausführungen in dem Abschnitt 5.6 zum Qualitätsaspekt „Outcome“ überraschen insoweit, als dass keine Bezugnahme auf den Qualitätsaspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“ erfolgt, der sich im Grundsatz bereits mit vergleichbaren Fragestellungen – nur zu einem früheren Zeitpunkt der Behandlung – befasst. Die Problematik, dass sich patientenindividuell die behandlungsrelevanten Dimensionen deutlich unterscheiden können und es nicht indiziert ist, einen festen Kanon von Dimensionen vorzuschreiben, die bei allen Patient*innen in Richtlinienpsychotherapie zu erheben und zu dokumentieren sind, gilt für den Qualitätsaspekt „Outcome“ genauso wie für die „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“. Zugleich ist in der Regel – so auch der Hinweis in den BPtK-Empfehlungen zur Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen – eine mehrdimensionale Erfassung geboten.

Die weitere Reduktion und Konkretisierung der Qualitätsmerkmale auf das Qualitätsmerkmal Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie und dessen Operationalisierung in dem Qualitätsindikator „Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie“ als Prozessindikator kann im Grundsatz nachvollzogen werden, wenngleich die Darstellung im Vorbericht die einzelnen Entwicklungsschritte nicht enthält und insbesondere kriterienorientierte Bewertungen der Qualitätsmerkmale nicht berichtet werden. Unklar bleibt jedoch, inwieweit nicht zumindest die Therapiezielerreichung oder die Fremdeinschätzung mittels der Clinical Global Impression of Improvement-Skala (CGI-I) Optionen wären für die Abbildung des Outcomes als Ergebnisindikator trotz der Limitationen, die trotz der Vorgaben der Beauftragung durch den G-BA in dem QS-Verfahren umsetzbar sein könnten.

vertraulich

3.6.1 Qualitätsindikator „Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie“

Bei der Operationalisierung des Qualitätsindikators „Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie“ wird sowohl auf die Erhebung der für die Behandlung relevanten Dimensionen als auch auf die Erreichung der individuellen Therapieziele abgestellt. Dass diese in zwei gesonderten Datenfeldern erfasst werden, ist sachgerecht. Im Sinne der Datensparsamkeit kann aber auch hier die Frage gestellt werden, ob die gesonderte Erfassung, ob das abschließende Ergebnis auch dokumentiert wurde, tatsächlich erforderlich ist oder nicht doch in der jeweiligen Frage zu den behandlungsrelevanten Dimensionen bzw. Erreichung der Therapieziele ergänzt werden könnte.

Für die Berechnung des Indikators sind darüber hinaus noch drei weitere Datenfelder vorgesehen, mit denen das Datum der Erhebung des Behandlungsergebnisses und der Überprüfung der Therapiezielerreichung, das Enddatum der Richtlinienpsychotherapie und schließlich der Grund der Beendigung der Richtlinienpsychotherapie zu dokumentieren sind. Hierbei erstaunt, dass die unterschiedlichen Konstellationen der Beendigung der Therapie in Datenfeld 73 keine Relevanz für die Berechnung des Qualitätsindikators haben. So kann insbesondere bei Abbruch der Behandlung durch die Patient*in nicht in allen Fällen vorausgesetzt werden, dass dennoch eine reguläre Erhebung der behandlungsrelevanten Dimensionen oder der Erreichung der Therapieziele möglich war. Auch sollten Fallkonstellationen, in denen die Beendigung der Behandlung durch einen Wegzug in eine andere Region oder durch eine terminale Erkrankung oder Tod bedingt war, gesondert erfasst werden. Schließlich sollte auch der Fall eines Therapeutenwechsels angemessen abgebildet werden. Diese Besonderheit sollte auch in Hinblick auf den QS-Filter ausführlich diskutiert werden. So erscheint beispielsweise die Auslösung einer Patientenbefragung im Zuge eines Therapeutenwechsels nicht angezeigt. Die Zuschreibbarkeit von Qualitätsindikatoren zu einem der beteiligten Leistungserbringer*innen kann zugleich fraglich sein.

Nicht nachvollziehbar sind dagegen die Antwortkategorien „Verlängerung beantragt“ oder „Stundenkontingent erschöpft“. Passender scheint hier eine Antwortkategorie, dass eine beantragte Verlängerung der Behandlung von der Krankenkasse abgelehnt wurde.

4 Umsetzungs- und Auswertungskonzept

QS-Filter und Auslösung der QS-Dokumentation

Eine Problematik, die im Vorbericht unzureichend adressiert wird, bezieht sich auf den QS-Filter bzw. das Öffnen eines Dokumentationsbogens. Diese soll bei Leistungserbrin-

vertraulich

genden in der Software mit dem Beginn der Indexleistung (GOP für eine psychotherapeutische Einzelpsychotherapie – künftig voraussichtlich auch Gruppenpsychotherapie) geöffnet werden, um eine prozessbegleitende, zeitnahe Dokumentation bei der Leistungserbringer*in zu ermöglichen. Die ersten drei Qualitätsindikatoren (Umfassende diagnostische Gespräche mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen, patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten und Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen betreffen jedoch Leistungen, die insbesondere in den psychotherapeutischen Sprechstunden und in den probatorischen Sitzungen (sowie der biografischen Anamnese) durchgeführt werden. In akuten Behandlungsfällen, in denen der Richtlinienpsychotherapie eine Akutbehandlung vorangeht, liegen zwischen der Indexleistung und den relevanten diagnostischen Leistungen sogar noch größere Zeiträume. Der Anspruch einer prozessbegleitenden Dokumentation kann so nicht mehr erfüllt werden.

Ausführliche Analyse der Stärken, Schwächen und Limitationen

In dem aktuellen Vorschlag des Indikatorensets sind 66 Datenfelder für die Berechnung der Qualitätsindikatoren vorgesehen. Vor dem Hintergrund der Zahl der Leistungserbringer*innen dürfte sich damit bei einer fallbezogenen QS-Dokumentation die Zahl der jährlich auszufüllenden Datenfelder für dieses QS-Verfahren im Bereich von 50 Millionen bewegen. Vor dem Hintergrund des enormen Dokumentationsaufwands, der mit diesem QS-Verfahren verbunden sein würde, sollte in dem Abschlussbericht noch dezidierter die Möglichkeiten eines Stichprobenansatzes auf der Ebene der Leistungserbringer*innen geprüft werden.

Auch mit Blick auf die Anforderungen an die Umsetzung des QS-Verfahrens auf Landesebene impliziert die hohe Zahl von circa 28.000 beteiligten Leistungserbringer*innen, die sich weit über den Größenordnungen aus anderen datengestützten QS-Verfahren bewegt, eine enorme Belastung für die zuständige QS-Fachkommission der LAG. Darüber hinaus sollte aber auch geprüft werden, ob nicht angesichts der etablierten Standards in der psychotherapeutischen Versorgung und des vornehmlich edukativen Charakters dieses QS-Verfahrens, der im Wesentlichen eine Reminder-Funktion für bestimmte Prozessaspekte in der ambulanten Psychotherapie übernehmen wird, eine einrichtungsbezogene Befragung im Vergleich dazu in einem deutlich besseren Aufwand-Nutzen-Verhältnis steht.

Die Stärken und Schwächen des vorgelegten Entwurfs für ein QS-Verfahrens ambulante Psychotherapie auf Basis einer solchen fallbezogenen Leistungserbringerdokumentation sind im Abschlussbericht noch ausführlich darzustellen und zu diskutieren, einschließlich

vertraulich

unzureichender Differenziertheit und des begrenzten Nutzens der Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer*innen sowie der zu erwartenden schnellen Lernprozesse auf Seiten der Leistungserbringer*innen bei der Umsetzung definierter Qualitätsanforderungen.

Einbezug von Selektivverträgen

Hinsichtlich der Frage der Vollzähligkeit sei noch darauf hingewiesen, dass entgegen den Ausführungen des IQTIG (S. 127) u. a. mit dem PNP-Vertrag in Baden-Württemberg sehr wohl ein Selektivvertrag existiert, über den in erheblichem Maße Richtlinienpsychotherapien durchgeführt werden. Der Einbezug von Behandlungsfällen aus Selektivverträgen in das QS-Verfahren hat insoweit Relevanz und bedarf einer systematischen Lösung.

Patientenseitige Ausschlusskriterien

Aus dem Indikatorenset geht hervor, dass demenzielle Erkrankungen, organisches amnestisches Syndrom, Delir und Intelligenzminderung als Ausschlusskriterien für das QS-Verfahren definiert werden sollen (S. 9, Indikatorenset 1.0). Dies soll aktuell auch noch für Patient*innen gelten, die eine Gruppenpsychotherapie oder eine Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie erhalten haben. Eine fachliche Begründung für den Ausschluss für bestimmte Diagnosegruppen findet sich dabei in dem Vorbericht nicht. Aus Sicht der BPtK ist nicht nachvollziehbar, aus welchen Gründen diese Patient*innen nicht in das QS-Verfahren eingeschlossen werden sollten, und plädiert dafür, diese Eingrenzung ersatzlos zu streichen.

vertraulich

5 Zusammenfassung

Das IQTIG hat den Auftrag, für das geplante einrichtungsübergreifende, sektorspezifische QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ein kompaktes, fokussiertes und fallbezogenes Instrumentarium auf der Grundlage einer Leistungserbringerdokumentation zu entwickeln. Der Entwicklungsprozess von der Ableitung der Qualitätsmerkmale aus den Qualitätsaspekten über die Selektion, Modifikation und Neufassung der Qualitätsmerkmale bis hin zur Operationalisierung der Qualitätsindikatoren einschließlich der Bestimmung der Datenfelder und Rechenregeln ist in dem Vorbericht nicht hinreichend transparent dargestellt. Sowohl die Ableitung der Qualitätsmerkmale, die Einschätzung der Potenziale zur Verbesserung als auch die Auswahl und Änderung der Qualitätsmerkmale und Operationalisierung der Indikatoren werden überwiegend nur narrativ beschrieben und können hinsichtlich der zugrunde gelegten Entscheidungskriterien, Entscheidungsprozesse und Bewertungsergebnisse innerhalb des IQTIG und im Rahmen der Beratungen im Expertengremium mangels systematischer Aufbereitung und transparenter Information nicht nachvollzogen werden.

Das vorgelegte Indikatorenset mit insgesamt neun Qualitätsindikatoren und 66 Datenfeldern ist an mehreren Stellen noch nicht hinreichend fokussiert auf die für die ambulante Psychotherapie relevanten Prozesse, in denen Potenziale zur Verbesserung identifizierbar waren. Dem Gebot der Datensparsamkeit und dem Ziel, den zusätzlichen Dokumentationsaufwand möglichst gering zu halten, ist nicht hinreichend Rechnung getragen worden. Durch die Ausgestaltung einzelner Qualitätsindikatoren werden zudem implizit neue Standards für die ambulante psychotherapeutische Versorgung eingeführt, die keinen verfahrensübergreifenden fachlichen Konsens darstellen. Entsprechende grundlegende Normsetzungen sind nach Auffassung der BPtK ggf. in der Psychotherapie-Richtlinie zu regeln und sollten nicht auf indirektem Wege über die spezifische Ausgestaltung von Qualitätsindikatoren in einem datengestützten QS-Verfahren vorgenommen werden.

Darüber hinaus wird insgesamt deutlich, dass das vorgeschlagene Indikatorenset für eine fallbezogene QS-Dokumentation und der damit verbundene Dokumentationsaufwand nicht in einem angemessenen Aufwand-Nutzen-Verhältnis steht. Auch wenn der Auftrag explizit die Entwicklung einer fallbezogenen QS-Dokumentation zum Gegenstand hat, muss im Vorbericht eine umfassende Analyse der Stärken und Schwächen des entwickelten Instrumentariums enthalten sein, in dem auch die Limitationen des gewählten (beauftragten) Ansatzes aufgezeigt werden und transparent gemacht wird, welcher zusätzliche Nutzen durch eine fallbezogene QS-Dokumentation im Vergleich zu einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation zu erwarten ist. In der vorliegenden Fassung wird mit dem Indikatorenset im Kern ein sehr dokumentationsaufwändiges Reminder-System für die Einhaltung von definierten Standards für bestimmte Prozesse in der psychotherapeutischen Versorgung vorgeschlagen. Dieses Vorgehen ist jedoch nicht geeignet, in der psychotherapeutischen Versorgung relevante Qualitätsdefizite zu identifizieren und über Auffälligkeiten einzelner Praxen auf den jeweiligen Qualitätsindikatoren bedeutsame Potenziale zur Verbesserung kontinuierlich zu heben.

vertraulich

6 Literatur

Beard, JIL; Delgadillo, J (2019): Early response to psychological therapy as a predictor of depression and anxiety treatment outcomes: A systematic review and meta-analysis. Depression and Anxiety 36(9): 866-878. DOI: 10.1002/da.22931.

Beutler, LE; Edwards, C; Someah, K (2018a): Adapting psychotherapy to patient reactance level: A meta-analytic review. Journal of Clinical Psychology 74(11): 1952-1963. DOI: 10.1002/jclp.22682.

Constantino, MJ; Coyne, AE; Boswell, JF; Iles, BR; Vîslă, A (2018a): A Meta-Analysis of the Association Between Patients' Early Perception of Treatment Credibility and Their Posttreatment Outcomes. Psychotherapy 55(4): 486-495. DOI: 10.1037/pst0000168.

DeGPT [Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie] (2019): AWMF-Registernummer 155-001. S3-Leitlinie: Posttraumatische Belastungsstörung [*Langfassung*]. Stand: 19.12.2019. Berlin [u. a.]: DeGPT [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/155-001l_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2020-02_1.pdf (abgerufen am 13.04.2021).

Dewar, M; Paradis, A; Fortin, CA (2020): Identifying Trajectories and Predictors of Response to Psychotherapy for Post-Traumatic Stress Disorder in Adults: A Systematic Review of Literature. The Canadian Journal of Psychiatry 65(2): 71-86. DOI: 10.1177/0706743719875602.

DGBS [Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2019): AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion 2.0. Update vom Februar 2019. Frankfurt am Main [u. a.]: DGBS [u. a.]. URL: http://www.leitlinie-bipolar.de/wp-content/uploads/2019/04/S3_Leitlinie-Bipolar_V2_Update_Maerz2019.pdf (abgerufen am: 20.04.2021).

DGfS [Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung] (2018): AWMF-Registernummer 138-001. S3-Leitlinie: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung [*Langfassung*]. Version: 1.1. Stand: 22.02.2019. Hamburg [u. a.]: DGfS [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001l_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf (abgerufen am: 10.04.2021).

DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; DGSPJ [Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin] (2017): AWMF-Registernummer 028-045. S3-Leitlinie: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter [*Langfassung*]. Berlin [u. a.]: DGKJP [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045l_S3_ADHS_2018-06.pdf (abgerufen am: 18.04.2021).

vertraulich

DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie] (2014): AWMF-Registernummer 051-028. S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen [Langfassung]. Stand: 15.04.2014. Berlin [u. a.]: DGPM [u. a.]. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-028l_S3_Angststörungen_2014-05-abgelaufen.pdf (abgerufen am 12.04.2021).

DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie]; DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie] (2018): AWMF-Registernummer 051-026. S3-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Essstörungen [*Langfassung*]. Stand: 31.05.2018. Berlin [u. a.]: DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie] [u. a.]. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026l_S3_Essstoerung-Diagnostik-Therapie_2019-01.pdf (abgerufen am: 20.04.2021).

DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2013): AWMF-Registernummer 038-017. S3-Leitlinie: Zwangsstörungen [*Langfassung*]. Stand: 21.05.2013. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038_017l_S3_Zwangsstörungen_2013-abgelaufen.pdf (abgerufen am 12.04.2021).

DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; NVL-Programm von BÄK [Bundesärztekammer]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften] (2017): AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie: Unipolare Depression [*Langfassung*]. 2. Auflage, 2015. Version 5. [Stand:] März 2017. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. DOI: 10.6101/AZQ/000364.

DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2019): AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie [*Langfassung*]. Stand: 15.03.2019. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-009l_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf (abgerufen am: 20.04.2021).

DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2020). AWMF-Registernummer 076-001. S3-Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen [*Langfassung*]. Aktualisierte Version 2020. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001l_S3-Screening-Diagnose-Behandlung-alkoholbezogene-Stoerungen_2021-02.pdf (abgerufen am 12.04.2021).

Ellert, U; Kurth, BM (2013). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 5/6: 643-649.

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Kranken-

vertraulich

versicherter. Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell. Stand: 28.02.2019. Berlin: IQTIG. https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_QS-Verfahren-zur-ambulanten-Psychotherapie_Zwischenbericht_2019-02-28-barrierefrei.pdf (abgerufen am: 20.04.2021).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021a): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Vorbericht. Stand: 22.03.2021. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021b): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Indikatorenset 1.0. Stand: 22.03.2021. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].

Riemann, D; Baum, E; Cohrs, S; Crönlein, T; Hajak, G; Hertenstein, E; et al. (2017): AWMF-Registernummer 063-003. S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“, Update 2016 [*Langfassung*]. Version 2.0. [Stand:] Dezember 2017. Schwalmstadt-Treysa: DGSM [Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin]. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/063-003l_S3_Insomnie-Erwachsene_2018-02.pdf (abgerufen am: 11.04.2021).

Schawohl, A; Odenwald, M (2018): Häufigkeit und Risikofaktoren des Therapieabbruchs in einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz: Der Einfluss von riskantem Alkoholkonsum zu Therapiebeginn. Verhaltenstherapie 28(4): 222-228. DOI: 10.1159/000492086.

Wittmann, WW; Lutz, W; Steffanowski, A; Kriz, D; Glahn, EM; Völkle, MC; et al. (2011): Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse – Abschlussbericht. Hamburg: Techniker Krankenkasse. ISBN: 978-3-00-035022-1. https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/342002/Datei/1226/TK-Abschlussbericht2011-Qualitaetsmonitoring-in-der-Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 12.04.2021).

vertraulich

DÄVT c/o Schön Klinik Roseneck, Am Roseneck 6, 83209 Prien
(Präsidentin Dr.med. Beate Deckert)
Qualitätsbeauftragte: Prof. Dr. Dr. Serge Sulz und Prof.Dr. Michael Linden

DÄVT c/o Schön Klinik Roseneck, Am Roseneck 6, 83209 Prien
An
Prof. Dr. Jürgen Pauletzki, Leiter Abteilung Verfahrensentwicklung
IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer
1 10787 Berlin

München und Berlin am 15.4.2021

Beteiligungsverfahren zum Vorbericht „Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ des IQTIG

Stellungnahme der Deutschen Ärztlichen Gesellschaft für Verhaltenstherapie DÄVT

Sehr geehrter Herr Prof. Pauletzki,

angehängt erhalten Sie unsere Stellungnahme zu Ihrem Vorbericht. Wir sehen eine Reihe von Punkten die einer sorgfältigen Diskussion und Klärung bedürfen. Dies betrifft die Begründung der Notwendigkeit erweiterter und aufwendiger QS-Maßnahmen, den Fokus auf die Prozessqualität, die Therapiezielbestimmung, die Prüfung der QS-Maßnahme auf Wirkungen und Nebenwirkungen.

Notwendigkeit einer erweiterten QS

Ist die Qualität der ambulanten Psychotherapie nachgewiesenermaßen so schlecht, dass ein so umfangreiches QS aufgebaut werden muss?

Wurde diese Frage auch auf dem Hintergrund der bereits bestehenden QS Maßnahmen geprüft? Immerhin gehört die Psychotherapie im Vergleich zu anderen therapeutischen Interventionen und anderen medizinischen Fächern bereits jetzt zu den Bereichen mit besonderer Qualitätssicherung.

Warum ist die Qualitätsschulung und kontinuierliche Fortbildung von Psychotherapeuten nicht hinreichend? Damit könnte sichergestellt werden, alle wichtigen QS-Aspekte bekannt und geschult sind. Qualifizierung ist besser als Kontrolle ohne Qualifizierung, bzw. nur QS-Kontrolle ist keine qualifizierte Qualifizierung.

Weshalb muss laufend kontrolliert werden? Wenn das Prinzip der Vollerhebung auf Autofahrer angewandt würde, würden wir in Kontrollmechanismen ersticken. Die meisten gelingenden Therapien erfordern diesen Aufwand nicht.

Zusammenfassend ist die Notwendigkeit der geplanten Maßnahmen nicht nachvollziehbar und ihr Umfang nicht verhältnismäßig. Der gesetzliche Auftrag ist auch anders zu erfüllen.

vertraulich

Prozessqualität

Wir haben den Eindruck, dass die neue QS neue Akzente setzt im Vergleich zur bisherige QS. Die Prozessqualität steht jetzt im Zentrum. Was soll durch diese Akzentverschiebung konkret erreicht werden? Womit ist das begründet? Wie soll sich die hier definierte Prozessqualität auf die Versorgung und Heilung von Krankheiten auswirken? Inwiefern ist diese Priorisierung notwendig und erfolgversprechend? Gibt es belegbar gescheiterte oder zu bemängelnde Therapien, bei denen Qualitätsmängel hinsichtlich des Therapieprozesses als Ursache identifiziert werden konnten? Wurde die Prozessqualität in den Mittelpunkt gerückt, weil sie die einzige ist, die messbar ist? Wie ist die Auswahl der Prozessqualitäts-Aspekte begründet, was wurde weggelassen? Es fällt auf, dass z.B. die therapeutische Beziehung nicht erfasst werden soll, einer der wichtigsten Wirkfaktoren in der Psychotherapie außen. Die ausgewählten QS-Variablen haben vergleichsweise eine nur randständige Bedeutung. Wie beeinflusst also die Auswahl die Qualität der QS Parameter und das Ergebnis der QS Prüfung?

Einige QS-Parameter erscheinen grundsätzlich ungeeignet, weil invalide. Allein die Vorgabe, dass der Patient zu Therapiebeginn schon die wirklich relevanten Therapieziele erfassen könnte, ist weit von der Realität entfernt. Oft wird erst z.B. nach einer Reihe von Sitzungen erkennbar, was wirklich wichtig für den Heilungsprozess ist.

Wenn Therapieziele spezifiziert werden sollen, dann scheint eine Referenz zur ICF wesentlich wichtiger als die ICD. Sie ist nirgends erwähnt. In der ICF wird die Bedeutung des Erkrankungsstatus beschrieben. Das sollte sowohl bei der Indikationsstellung als auch bei der Zielanalyse und Therapieplanung berücksichtigt werden. Dazu ist darauf hinzuweisen, dass in der Richtlinienpsychotherapie über 90 % der Patienten unter chronischen Krankheiten und mehr als 70 % unter Teilhabe-Beeinträchtigungen leiden, woraus sich ableitet, dass ein klinisch sinnvolles Outcome-Kriterium weniger eine Symptombesserung als vielmehr ein Störungsmanagement und Teilhabeunterstützung sein müsste.

Was ist andererseits mit den Patienten, die nur unter kurzfristigen passageren Störungen leiden? Sollen die Prozesse bei Kurz- und Langzeitinterventionen auf die gleiche Art abgebildet werden, obwohl sie durch sehr unterschiedliche Prozessabläufe charakterisiert sind?

Zusammenfassend erscheint der Fokus auf die Prozessqualität wissenschaftlich nicht belegbar. Es gibt zu wenig Hinweise, dass die Prozessqualität sich auf die Heilung und das Therapieergebnis auswirkt, weshalb ihre dominante Rolle in der QS nicht vertretbar ist. Statistische Signifikanzen reichen nicht, das können marginale Verbesserungen sein. Die klinische Relevanz und Signifikanz der Unterschiede ist dagegen wichtig und aus dem Bericht nicht ersichtlich.

QS der QS-Maßnahme i.S. einer Prüfung auf Zweckmäßigkeit, Reliabilität, Validität und Haupt- und Nebenwirkungen

QS-Maßnahmen sind Interventionen in den Therapieablauf. Sie sollen das Therapieverhalten beeinflussen, ansonst wären sie gegenstandslos.

Damit ergibt sich die Frage, ob die geplanten QS-Maßnahmen zielführend sind. Es muss auch berücksichtigt werden, dass QS-Maßnahmen zu erheblichen Nebenwirkungen führen können, beginnend mit höheren Kosten, Arbeitszeitbindung, aber auch schlechteren Behandlungsergebnisse, wofür es wissenschaftliche Belege und Praxisbeispiele gibt. Die Nebenwirkungen des geplanten QS müssen daher ebenso ausgiebig erforscht werden, wie die Frage ob die QS-Maßnahmen überhaupt ein positives Ergebnis haben.

Es ist ein ethisches Grundprinzip und Gebot therapeutischer Verantwortung und Sorgfaltspflicht, QS-Maßnahmen vor einer flächendeckenden Einführung in randomisiert kontrollierten Studien auf Haupt- und Nebenwirkungen zu untersuchen.

vertraulich

Dies betrifft die Reliabilität und Validität der Instrumente. Es ist völlig inakzeptabel, wenn dies nicht belegt ist. Wurde dies geprüft und liegen vor dem verpflichtenden Einsatz der Checklisten empirische Studien zu deren Reliabilität und Validität vor, die zeigen, dass sie unter den geplanten Anwendungsbedingungen verlässliche Ergebnisse liefern? Schlechte Daten sind schlechter als gar keine Daten! Der Dokumentationsbogen der fallbezogenen QS ist leider nicht einsehbar.

Dies betrifft auch die offensichtliche Überbewertung von standardisierten Dokumentationen und Instrumenten, die nicht geeignet sind, den Einzelfall gültig abzubilden.

Es stellt sich also die Frage, woran die Gültigkeit der QS-Resultate erkannt werden kann?

Es ist auch vorab zu klären, welcher Gebrauch und potentieller Missbrauch mit den erhoben Daten möglich ist. Wer wird im Besitz der Daten sein, wer nicht (Krankenassen, KV etc.)? Zu welchen möglichen Konsequenzen führen QS-Ergebnisse? Welche Konsequenzen ergeben sich hinsichtlich Indikationsprüfung für den einzelnen Kranken? Welche vertrags- und berufsrechtlichen Konsequenzen ergeben sich aus der Beurteilung der Therapeutenqualität?

Insgesamt hegen wir große Zweifel, dass diese neue QS einen Zugewinn zu bisherigen QS-Maßnahmen darstellen wird und raten von ihrer Realisierung ab.

Mit freundlichen Grüßen

Serge Sulz
Prof. Dr. phil. Dr.med. Diplom-Psychologe
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin

UND:

Prof. Dr. Michael Linden
Charité Universitätsmedizin Berlin,
Medizinische Klinik m.S. Psychosomatik,
Leiter der Forschungsgruppe
Psychosomatische Rehabilitation (FPR)

vertraulich

dgppn
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.

Stellungnahme
26.04.2021

Vorbericht des IQTIG zum Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Präambel:
Mit dem Beschluss vom 17. Mai 2018 hat der G-BA das IQTIG beauftragt, ein einrichtungsübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zu entwickeln. Dieses ist diagnose- und therapieverfahrensunabhängig zu gestalten für Patientinnen und Patienten ab dem 18. Lebensjahr, die eine psychotherapeutische Kurzzeit- oder Langzeittherapie bei Psychotherapeuten für Erwachsene in Anspruch nehmen. Ziel ist die Messung und vergleichende Darstellung der Qualität der psychotherapeutischen Versorgung mit Richtlinientherapie anhand einer fallbezogenen QS-Dokumentation. Es soll auf die Beurteilung der Prozessqualität als auch auf die Qualitätsförderung ausgerichtet sein. Zu prüfen ist, ob Aspekte der Ergebnisqualität erfasst werden können, auch unter der Heranziehung längerer Beobachtungszeiträume.
Es wurden neun Qualitätsindikatoren für den Therapieprozess entwickelt, die den sechs Qualitätsaspekten des Qualitätsmodells der fallbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation der Leistungserbringer zuzuordnen sind. Die neuen Prozessindikatoren für Therapeuten sollen mit den Indikatoren der Patientenbefragung das gemeinsame Indikatoren-Set für das Qualitätssicherungsverfahren bilden. Der Dokumentationsbogen hierfür umfasst insgesamt 77 Datenfelder.
Die Auswertung soll länderbezogen erfolgen, basierend auf einer Vollerhebung von ca. 1,5 Mio. Qualitätssicherungsfällen jährlich. An die Leistungserbringer sollen im Sinne eines kontinuierlichen Benchmarkings jährliche Rückmeldeberichte versandt werden. Das Vorliegen einer qualitativen Auffälligkeit soll durch ein Expertengremium auf Landesebene geprüft werden. Vor dem Einsatz dieses Qualitätssicherungsinstruments soll dieses einer umfassenden Machbarkeitsprüfung unterzogen werden. Die DGPPN begrüßt grundsätzlich externe Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der ambulanten Psychotherapie. Externe Qualitätssicherung erhöht die Transparenz des Leistungsgeschehens und dient auch der Sicherheit der Patientinnen und Patienten.

Dennoch sieht die DGPPN bezüglich des hier vom IQTIG vorgeschlagenen Vorgehens einige gravierende grundsätzliche Probleme und fordert deshalb eine Überarbeitung des Vorberichtes.

vertraulich

dgppn
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.

1. Zur Frage der Prozess- und Ergebnisqualität

Die DGPPN begrüßt, dass bei der Benennung der Qualitätsindikatoren zunächst ausschließlich Faktoren der Prozessqualität herangezogen werden sollen. Der Einbezug der Ergebnisqualität ist jedoch mit erheblichen methodischen Problemen verbunden. Der Outcome der psychotherapeutischen Behandlung bei Menschen mit schweren, rezidivierenden und/oder chronischen psychischen Erkrankungen ist nicht nur durch die Qualität der Psychotherapie bedingt, sondern durch zahlreiche weitere Faktoren geprägt wie z.B. Lebenssituation und kritische Lebensereignisse, Persönlichkeitsstruktur, gleichzeitige Behandlung mit pharmakotherapeutischen, biologischen oder psychosozialen Methoden etc. Dabei gibt es kein allgemein akzeptiertes wissenschaftliches Modell der Risikoadjustierung, die Anzahl der zu kontrollierenden Variablen ist sehr hoch. Ambulante Psychotherapie erstreckt sich oftmals über einen längeren Zeitraum, in der Regel im Rahmen eines komplexen medizinischen, sozialen und psychotherapeutischen Geschehens, sodass eine Interpretation der Ergebnisse nicht kausal auf die Psychotherapie zurückgeführt werden kann. Daher lässt sich eine vergleichende Outcome-Messung nicht als Qualitätsindikator nutzen.
Das IQTIG adressiert auf Seite 71 des Vorberichtes wahrscheinlich auch aus diesem Grund die Psychiatrischen Institutsambulanzen nicht. Konsequenterweise müssen dann auch die vertragsärztlichen Praxen für Psychiatrie und Psychotherapie als nicht adressiert gelten. Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, die ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch arbeiten, können aus Sicht der DGPPN adressiert werden. Weiterhin soll neben der Prozess- auch die Ergebnisqualität im Rahmen einer Patientenbefragung gemessen werden. Deren Instrumente sind aktuell noch nicht bekannt und beurteilbar. Da das Qualitätssicherungsverfahren sich aus den Angaben des Therapeuten und des Patienten zusammensetzen soll, ist insbesondere dieser Punkt aktuell nicht sicher einzuschätzen, da der Patientenfragebogen noch nicht vorliegt.

Eine abschließende Beurteilung des Qualitätssicherungsverfahrens ist auch aus Sicht des IQTIG erst in der Zusammenschau dieser beiden Instrumente möglich.

2. Zu den Qualitätsindikatoren (Kapitel 5 und 6)

Die Begründung für die getroffene Auswahl der Qualitätsindikatoren aus einem Set von Qualitätsindikatoren erfolgt leider nicht. Das methodische Verfahren wird ausführlich dar-gestellt. Alle mit den Indikatoren adressierten Aspekte der Prozessqualität sind in den Augen des IQTIG von den Leistungserbringern grundsätzlich beeinflussbar und können der Verantwortung des Leistungserbringers zugeschrieben werden. Dieses ist jedoch bei Patientengruppen mit schweren psychischen oder auch hirnorganischen Erkrankungen in Frage zu stellen.

vertraulich

dgppn
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.

Eine Selektion zu Gunsten „leichter“ Erkrankter mit Verschlechterung des Behandlungsangebotes für chronisch und rezidivierend erkrankte Personen ist zu befürchten. Somit sollte auch eine Kategorie in die Dokumentation eingeführt werden, dass ein QS Indikator störungsbedingt nicht erfüllt werden kann.

Insgesamt stellt sich die Frage, ob durch die Einführung dieser Qualitätsindikatoren und -merkmale tatsächlich eine Verbesserung der Versorgung erzielt werden kann, da ein Verbesserungspotential vom IQTIG selbst nicht erkennbar belegt wird. Empirische Hinweise hierfür liegen aktuell nicht vor.

3. Zum Umsetzungs- und Auswertungskonzept

Die Vollerhebung durch die Therapeuten sowie das Melde- und Rückmeldesystem verlangt angesichts der vom IQTIG genannten 1,5 Mio. versorgter Patienten einen hohen technischen, administrativen und personellen Aufwand. Die Kosten dieses Verfahrens sollten kalkuliert und mit dem potentiellen Nutzen abgewogen werden. Zudem ist anzumerken, dass das IQTIG von einer zu geringen Zahl ärztlicher Psychotherapeuten ausgeht. Im Einleitungstext (Kapitel 1.1) wird die Zahl der ärztlichen Psychotherapeuten mit 6.219 zu gering eingeschätzt. Von Seiten der KBV (Stand 31.12.2019) wird die Zahl mit 11.916 angegeben. Es scheint, dass die Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie nicht in die Kalkulation mit eingehen. Insofern ist von erheblich höheren Kosten und organisatorischem Aufwand auszugehen.
Entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ empfiehlt das IQTIG die Beauftragung einer Machbarkeitsprüfung, um in freiwilliger Kooperation mit Leistungserbringern anhand anonymisierter Echt-Fälle die Dokumentation und die Qualitätsindikatoren zu erproben und zu optimieren. Eine Überprüfung und Anpassung von Verfahrenskomponenten ist Voraussetzung für die Implementierungsreife des vorgeschlagenen QS-Verfahrens.

Aus Sicht der DGPPN ist eine solche Machbarkeitsprüfung erst nach einer Überarbeitung des Vorberichtes möglich, die die seitens des IQTIG selbst gestellten Grundsatzfragen (Seite 20 des Vorberichtes) beantwortet.

4. Implementierung eines QS Instrumentes im Jahr 2022

Die Entwicklung des Qualitätssicherungsinstruments durch das IQTIG steht jedoch noch in einem weiteren Zusammenhang, der in Zukunft Beachtung erfordert. Durch das

vertraulich

Ausbildungsreformgesetz für Psychotherapeuten wurde festgelegt, dass das aktuelle Antrags- und Gutachterverfahren im Jahre 2022 durch ein anderes Qualitätssicherungsverfahren abgelöst werden soll. Der Zwischenbericht thematisiert diese Problematik nicht ausreichend. Es ist dringend erforderlich, dass die Entwicklung dieser beiden Qualitätssicherungsverfahren aufeinander abgestimmt erfolgt.
Die aktuell praktizierte Qualitätssicherung im Rahmen des Antrags- und Gutachterverfahrens gewährleistet, dass ein festes Kontingent von Therapiestunden im Vorhinein für die Therapie bewilligt wird. Dieses schafft einen notwendigen sicheren Rahmen für die Psychotherapie. Dieser Rahmen stellt eine hohe Qualität für die psychotherapeutische Versorgung dar. Er ermöglicht es insbesondere Patienten mit schweren Beeinträchtigungen, sich auf eine Therapie einzulassen. Daher besteht die Gefahr, dass es durch den Wechsel des Qualitätssicherungsinstrumentes zu einer erheblichen Einschränkung der Qualität in der Versorgung kommen kann, die durch die Neueinführung eines vielleicht transparenteren, aber wesentlich formaleren Qualitätssicherungsinstruments nicht kompensiert werden kann. Zu dieser Frage sollte das IQTIG sich unbedingt äußern und Vorschläge unterbreiten, wie dieser Gefahr zu begegnen ist.

Aus Sicht der DGPPN ist auch zur Beantwortung dieser Fragen eine Überarbeitung des Vorberichtes notwendig.

vertraulich

5. Implementierung eines QS-Verfahrens für Kinder- und Jugendlichen-Therapien und für Gruppentherapie

Da das vorliegende Konzept nur für Einzeltherapien mit Erwachsenen entwickelt wird, stellt sich die Frage, wie die gesetzlichen Vorgaben für eine Qualitätssicherung der Behandlung von Kindern und Jugendlichen und Gruppenbehandlungen von Erwachsenen umgesetzt werden sollen. Bleibt somit für Kinder- und Jugendlichen-Therapien das Gutachterverfahren bestehen? Bleibt dann Gruppentherapie ohne externe Qualitätssicherung durchführbar?

Aus Sicht der DGPPN ist auch zur Beantwortung dieser Fragen eine Überarbeitung des Vorberichtes notwendig.

6. Schweigepflicht

Das IQTIG plant eine Validierung der Datenqualität anhand der Original-Behandlungsakte oder einer zukünftig einzuführenden standardisierten Dokumentation. Eine solche

dgppn
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.

Vorgehensweise ist im Krankenhaus oder in der Rehaklinik unproblematisch, da der Patient davon ausgeht, dass die Behandler Ärzte und Therapeuten miteinander sprechen. In der ambulanten Praxis entspricht dieses aber in keiner Weise der Vertraulichkeit einer Therapie, an der zwei Personen, der Therapeut/Therapeutin und der Patient/Patientin beteiligt sind. Die Aufzeichnungen des Therapeuten dokumentieren dabei sehr intime Aspekte des Patienten.

Die DGPPN fordert, die Fragen der Vertraulichkeit und Schweigepflicht in diesem Zusammenhang in besonderer Weise zu prüfen. Auch hier bedürfte es einer Überarbeitung des Vorberichtes.

7. Zusammenfassung

Die DGPPN begrüßt grundsätzlich externe Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der ambulanten Psychotherapie. Der vorliegende Vorbericht des IQTIG erscheint jedoch an entscheidenden Punkten unvollständig, sodass die DGPPN aus den folgenden Gründen eine grundsätzliche Überarbeitung des Vorberichtes empfiehlt. Nach dieser Überarbeitung muss erneut ein Stellungnahmeverfahren erfolgen.

- Der vorliegende Vorbericht des IQTIG enthält wesentliche unbeantwortete Fragestellungen, die auch vom IQTIG selbst beschrieben werden. So ist eine abschließende Beurteilung des Qualitätssicherungsverfahrens auch aus Sicht des IQTIG erst in der Zusammenschau der beiden Instrumente der Prozess- und der Ergebnisqualität möglich. Zur Ergebnisqualität ist das Instrument der Patientenbefragung aktuell noch nicht bekannt. Aus Sicht der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ist gerade der Einbezug der Ergebnisqualität ist mit großen methodischen Problemen verbunden. Der Outcome der psychotherapeutischen Behandlung bei Menschen mit schweren chronischen und/oder rezidivierenden Erkrankungen ist nicht allein durch die Qualität der Psychotherapie bedingt. In der Regel besteht ein komplexes Bio-Psycho-Soziales Behandlungskonzept mit gleichzeitiger Behandlung mit pharmakotherapeutischen, biologischen oder psychosozialen Methoden. Dabei gibt es kein allgemein akzeptiertes wissenschaftliches Modell der Risikoadjustierung. Daher lässt sich eine vergleichende Outcome-Messung nicht als Qualitätsindikator nutzen, da die Interpretation der Ergebnisse nicht allein auf die Psychotherapie zurückgeführt werden kann.
- Es sollte deshalb eine Kategorie in die Dokumentation eingeführt werden, wenn ein QS Indikator störungsbedingt nicht erfüllt werden kann. Hiermit ließe sich dem Problem des Anreizes zur Risikoselektion entgegenwirken.

vertraulich

dgppn
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.

- Es bleibt unklar, ob durch die Einführung der vorgelegten Qualitätsindikatoren und -merkmale tatsächlich eine Verbesserung der Versorgung erzielt werden kann, da ein Verbesserungspotential vom IQTIG selbst nicht erkennbar belegt wird.
- Das IQTIG geht von einer zu geringen Zahl der Leistungserbringer aus.
- Die vom IQTIG vorgeschlagene Machbarkeitsprüfung ist aus Sicht der DGPPN erst nach einer umfassenden Überarbeitung des Vorberichtes möglich, welche die seitens des IQTIG selbst gestellten Grundsatzfragen (Seite 20 des Vorberichtes) adressiert.
- In der von der DGPPN geforderten Überarbeitung des Vorberichtes sollen Lösungsvorschläge für die im Psychotherapeuten-Ausbildungs-Reformgesetz geforderte Ablösung des Gutachterverfahrens im Jahr 2022 gemacht werden, um eine „Kollision“ verschiedener Qualitätssicherungsverfahren zu vermeiden.
- Wesentliche Fragen der Schweigepflicht sind noch zu beantworten.

vertraulich

DGPT Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT) zum Vorbericht des IQTIG zum Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Im Mai 2018 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt, ein einrichtungsübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren (QSV) zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zu entwickeln, das diagnose- und verfahrensunabhängig ist, für Patientinnen und Patienten ab dem 18. Lebensjahr in psychotherapeutischer Kurzzeit- oder Langzeittherapie. Das QSV soll auf die Beurteilung der Prozessqualität und auf die Qualitätsförderung ausgerichtet sein und ggfls. Aspekte der Ergebnisqualität erfassen. Das QSV besteht aus einer Therapeutenbefragung (Klassikteil) und einer Patientenbefragung.

Das IQTIG hat seinen Vorbericht zum Klassikteil dieses Qualitätssicherungsverfahrens (QSV) vorgelegt, zu welchem wir hiermit Stellung nehmen, wie wir auch zum Zwischenbericht der Patientenbefragung Stellung genommen hatten.

Wir konnten feststellen, dass definierte Kritikpunkte zum 2020 vorgelegten Zwischenbericht zur Patientenbefragung aufgegriffen wurden und z. B. ein Bemühen um Datensparsamkeit und schlanke Bürokratie sichtbar werden. Dennoch sehen wir noch zahlreiche kritikwürdige Aspekte, die wir im Folgenden ausführen. Zusammengefasst finden sich neben Datenschutzproblemen und Ressourcenstrapazierung erhebliche den zu messenden Prozess störende Elemente.

Psychotherapien sind hochkomplexe Behandlungen, deren Indikationen und Verläufe von einer Vielzahl immanenter, innerer und äußerer Faktoren abhängen. Einen Qualitätszuwachs für unsere Psychotherapien können wir durch das vorgelegte QSV nicht erkennen. Deshalb bleiben wir letztlich bei unserer zu Beginn der Entwicklungsarbeit dieses QSV geäußerten Skepsis, ob der Anspruch, ein sinnvolles verfahrensübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zu entwickeln, dass der Qualitätsentwicklung dient, überhaupt erfüllbar ist.

Grundsätzliche Feststellungen

Der G-BA hat den gesetzlichen Auftrag, die Qualität der im GKV System erbrachten Leistungen zu beurteilen und hieraus Folgerungen abzuleiten. Die von uns hoch geschätzte Qualitätssicherung wird seitens der Leistungserbringer in der Psychotherapie bereits umfänglich praktiziert und vom Berufsrecht auch gefordert. So wird selbstverständlich fallbezogen dokumentiert, und durch das aktuell noch gültige Gutachterverfahren werden z. B. Langzeittherapien umfänglich dargestellt und konzeptualisiert. Das neue Qualitätssicherungsverfahren (QSV) soll verfahrensübergreifend aufgestellt werden.

vertraulich

Der G-BA hat aber nicht den Auftrag, die Durchführung der Psychotherapie für alle Verfahren in gleicher Weise zu normieren und Standards zu setzen, die von allen Verfahren in gleicher Weise erfüllt werden müssen. Wir befürchten, dass dies jedoch durch das vorgelegte QSV erfolgen würde. (Beispielsweise sollen standardisierte Testverfahren angewandt werden, s.u. zu Qualitätsindikator (QI) „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten".) Zwar wird auf S. 19 des Vorberichtes dazu angeführt: "ist sicherzustellen, dass das QS-Verfahren nicht in den Behandlungsprozess...eingreift". Dies ist jedoch der Fall: die beschriebenen Standards sind z. T. für die psychodynamischen Verfahren, insbesondere die Analytische Psychotherapie, ungeeignet.

Insgesamt stellt sich die Frage, ob durch die Einführung dieser Qualitätsindikatoren und Qualitätsmerkmale tatsächlich eine Verbesserung der Versorgung erzielt werden kann, da ein Verbesserungspotential vom IQTIG selbst nicht erkennbar belegt wird. Vielmehr wird betont, dass empirische Hinweise hierfür aktuell nicht vorliegen.

Der Vorbericht insgesamt entspricht in weiten Teilen nicht wissenschaftlichen Standards und auch nicht den fachlich-üblichen Vorstellungen von Transparenz. Einerseits werden einzelne Schritte der Vorgehensweise genau aufgelistet, andererseits fehlen diese Beschreibungen, etwa zum Schritt zu den Zusammenfassungen der Äußerungen aus den Fokusgruppen, insbesondere aber hinsichtlich der sehr einseitig erscheinenden Auswahl der Zitate und den daraus abgeleiteten Folgerungen, welche oftmals nicht nachvollziehbar sind.

Mit den vorgeschlagenen Maßnahmen werden eine Fülle von Daten erzeugt, wobei die Zielsetzung der Qualitätssicherung damit kaum erreichbar erscheint.und somit unklar bleibt, worauf das QSV eigentlich abzielt. Nicht deutlich bleibt ferner, wie die Verschränkung der Therapeutenbefragung mit der Patientenbefragung intendiert ist oder warum bestimmte Aspekte der Patientenbefragung zugeordnet sind, aber nicht der Therapeutenbefragung und vice versa. Eine abschließende Einschätzung wird erst in der Zusammenschau beider Systeme möglich sein (s. auch S.120 Vorbericht).

Da das QSV nach §137 SGB V erhebliche Auswirkungen auf die Leistungserbringer haben wird - das Vorliegen einer qualitativen Auffälligkeit soll durch ein Expertengremium auf Landesebene geprüft werden - muss insbesondere sichergestellt sein, dass die Qualitätsindikatoren bzgl. der angewandten Therapieverfahren geeignet sind.

Qualität in der Psychotherapie

Die gewählten Qualitätsaspekte und Qualitätsindikatoren sollen den Therapieprozess dokumentieren. Damit ist aber der formale Prozess einer Psychotherapie gemeint, nicht der inhaltliche. Wir sehen hier jedoch Interferenzen mit dem inhaltlichen Prozess, dessen Qualität mit den Daten, die im neuen QSV erhobenen werden sollen, allerdings insgesamt nicht fachlich angemessen erfasst werden kann.

Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass Aspekte erfasst werden, die für den inhaltlichen Psychotherapieprozess allenfalls nebensächlich, wenn nicht sogar irrelevant sind. (Beispiel: Ob Fragebögen/Tests durchgeführt wurden oder nicht ergibt *keinerlei* Hinweise auf die inhaltliche Qualität des eigentlichen Psychotherapieprozesses.) Es werden hier jedoch absehbare

vertraulich

Interferenzen in Kauf genommen, und z. B. in den Therapieprozess psychodynamischer Behandlungen eingegriffen.

Die Ergebnisqualität lässt sich nicht einheitlich erfassen, sind doch z. B. bei der psychodynamischen Psychotherapie nach Behandlungsende längerfristig weitere Wirkungen zu erwarten. Die Ergebnisqualität soll auch nicht dargestellt werden, aber auch hier fürchten wir Interferenzen (s. unter Qualitätsindikatoren: Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie).

Qualitätsindikatoren im QSV allgemein

Diverse Qualitätsindikatoren sind für die psychodynamischen Verfahren, insbesondere für die analytische Therapie, nicht geeignet. (s.u. bei den Kommentaren zu den Qualitätsindikatoren im Einzelnen), d. h. ihr Anspruch, verfahrensübergreifend zu sein, ist nicht erfüllt, sie können daher nicht als verfahrensübergreifend gelten.
Bei den Qualitätsindikatoren werden überwiegend Referenzen zu Leitlinien hergestellt. Was erstaunt, denn es fehlen hingegen Referenzen zu Qualitätsstandards, wie sie fachlich zu den einzelnen Psychotherapieverfahren selbst formuliert sind. Diese Referenzen werden vollständig ausgeklammert.
Einzelne Qualitätsindikatoren erwecken stark den Anschein, dass sie als verdeckte Handlungsvorgaben für die TherapeutInnen aufgefasst werden können: „Du sollst Tests einsetzen!“, „Du sollst Therapieziele vereinbaren!“, „Du sollst …!“.
Die gewählten Qualitätsindikatoren normieren Handlungsabläufe in der Praxis. Sie geben dem Behandelnden vor, wann er welche Handlung zu realisieren und zu dokumentieren hat (z. B. Telefonat mit dem Psychiater, Durchführung eines Tests). Damit wird auf die Behandlungspraxis des einzelnen Verfahrens - teils modifizierend - Einfluss genommen, was nicht Aufgabe einer Qualitätssicherung sein kann.
Es wird an keiner Stelle diskutiert, was die gewählten Qualitätsindikatoren „unabhängig“ macht, d. h., was sicherstellt, dass sie nicht mit dem jeweiligen Verfahren interagieren bzw. die Durchführung des Verfahrens verändern. Ganz im Gegenteil werden bei fast jedem Indikator verfahrensspezifische Unterschiede benannt.
Insgesamt entsteht der Eindruck, dass die gewählten Indikatoren primär aus den theoretischen Vorstellungen sowie der klinischen Behandlungspraxis der Verhaltenstherapie abgeleitet wurden. Schon im Abkürzungsverzeichnis fällt auf, dass nur die Kürzel CBT und VT erklärt werden, die Kürzel der anderen Verfahren jedoch werden konsequenterweise nicht aufgeführt.
Für keines der Qualitätsmerkmale werden in der angeführten Literatur Hinweise auf ein Verbesserungspotential gesehen!
Gefordert sind risikoadjustierte Indikatoren, die nicht deklariert sind. Zur Problematik der Risikoadjustierung in der Psychotherapie s. u. „Prüffragen des IQTIG“ in dieser Stellungnahme.

vertraulich

Zu den neun Qualitätsindikatoren im Einzelnen

1.1. Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung von behandlungsrelevanten Dimensionen:

Dieser Qualitätsindikator entspricht im Wesentlichen den Vorgaben im aktuell gültigen Gutachterverfahren und ist für eine Psychotherapie selbstverständlich. Die Erfassung in 13 Items aber suggeriert eine konkrete Abfragenotwendigkeit, während die professionelle Erhebung auch mit anderen Mitteln erfolgt. Hier müsste klarifiziert werden.

1.2. Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten:

Obwohl die großen verfahrensspezifischen Unterschiede in den Fokusgruppen benannt werden und nur in 15 % der Fälle Tests zur Anwendung kommen, soll die Anwendung standardisierter Instrumente für alle Verfahren hier normiert werden. Für die psychodynamische Psychotherapie ist die Erfassung und das Verständnis der Beziehungsdynamik im Erstinterview aber ein viel bedeutsamerer Qualitätsindikator. Das ist notwendigerweise ein unstrukturiertes klinisches Interview. Wir sehen in diesem Qualitätsindikator keine Kompatibilität mit unseren Verfahren, den psychodynamischen Verfahren.

2.1. Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen:

Auch hier wird der sehr unterschiedliche Umgang mit der Formulierung von Therapiezielen in den Verfahren benannt, ohne dass dies in der Folge Berücksichtigung findet. Benennbar sind zu Behandlungsbeginn aber nur die bewusstseinsfähigen Therapieziele des Patienten. Die therapeutische Arbeit ausschließlich hierauf auszurichten, wäre in der psychodynamischen Psychotherapie ein Kunstfehler und kein Qualitätsindikator.

Psychodynamische Therapiezielformulierungen müssen daher auch unbewusste Motive berücksichtigen.

3.1. Reflexion des Therapieverlaufs:

Eine Reflexion des Therapieverlaufs ist in der psychodynamischen Psychotherapie genuiner immanenter Anteil der Behandlung und kontinuierlich gefordert und sollte auch dokumentiert sein.

3.2. Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf:

Hier gelten die kritischen Anmerkungen zu Punkt 1.2.:

Obwohl die großen verfahrensspezifischen Unterschiede in den Fokusgruppen benannt werden und nur in 15 % der Fälle Tests zur Anwendung kommen, soll die Anwendung standardisierter Instrumente für alle Verfahren hier normiert werden. Für die psychodynamische Psychotherapie ist die Erfassung und das Verständnis der Beziehungsdynamik im Erstinterview und in den fortlaufenden Therapiesitzungen ein viel bedeutsamerer Qualitätsindikator. Das ist aber notwendigerweise ein unstrukturiertes klinisches Interview sowie danach die psychodynamische Behandlung, die nicht nur an spezifischen Foci ausgerichtet ist, sondern

vertraulich

die assoziativen Einfälle des Patienten zur Identifizierung von bewussten und unbewussten Konflikten nutzt, um sie einer Bearbeitung zugänglich zu machen.

Wir sehen in diesem Qualitätsindikator keine Kompatibilität mit unseren Verfahren, den psychodynamischen Verfahren.

4.1. Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten:

Absprachen zwischen Behandlern und die Koordination der Versorgung ist gerade bei schwerer erkrankten Patienten wichtig und notwendig sowie im Kontext der neuen Richtlinie (nach § 92 SGB V) von besonderer Bedeutung. Dies aber zu einem Grundsatz im Sinne einer Normierung für jede Behandlung zu machen ist fachlich äußerst problematisch. Der Genehmigungsvorbehalt des Patienten wird zwar bei dem Indikator berücksichtigt, aber schon die Anfrage des Psychotherapeuten, ohne ein besonderes Erfordernis mit beteiligten Dritten sprechen zu wollen (bzw. zu müssen), kann irritieren oder misstrauisch als Aufkündigung der Vertraulichkeit der therapeutischen Beziehung verstanden werden und so die Arbeitsbeziehung belasten.

5.1. Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase:

Auch hier ist die Normierung in Prüfkriterien problematisch. Grundsätzlich erscheint es fachlich geboten eine Beendigungsphase mit dem Patienten zu vereinbaren und in dieser auch gemeinsam mit dem Patienten Bilanz zu ziehen. Diese Bilanzierung im Sinne einer Abfrage der relevanten Dimensionen zu normieren, macht in der psychodynamischen Psychotherapie wenig Sinn. Die Bilanzierung ermöglicht weitere der Progression des Patienten förderliche Einsichten und Selbstinterpretationen, die nicht durch eine direktive Abfrage eingeschränkt werden sollten.

Auch hier wirken die Vorgaben der Qualitätssicherung in das Verfahren hinein.

5.2. Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses:

Auch diese Inhalte sind fachlich grundsätzlich geboten und zu dokumentieren. Wobei es hier jedoch Sinn macht, nur die zu ergreifenden Maßnahmen zu dokumentieren und nicht zusätzlich alle Maßnahmen, die möglich wären.

6.1. Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie:

Teilweise geht es hier um statistische Erhebungen, die dem Patienten keinen therapeutischen Gewinn mehr bringen können. Teilweise überschneiden sich die erfassten Datenfelder mit denen beim Qualitätsindikator 5.1., ohne dass bei der zeitlichen Nähe der Erhebungen Änderungen zu erwarten wären.

Insbesondere aber konterkariert der Qualitätsindikator in sich die Vorgabe, dass die Ergebnisqualität (Outcome) nicht wertend erfasst werden soll, sondern primär dokumentiert werden soll, dass über das Outcome gesprochen wurde. Hier wäre auch zu definieren, was unter Outcome verstanden wird; in den psychodynamischen Verfahren geht es z. B. nicht nur

vertraulich

um Symptomreduktion, ferner lassen sich Ergebnisse oft erst lange nach einer Behandlung adäquat erfassen.

Diese Unklarheiten sind für die Akzeptanz des vorgeschlagenen Verfahrens bei Psychotherapeuten wenig vertrauensbildend. (Das IQTIG hat selbst die Akzeptanz des vorgeschlagenen Verfahrens bei Psychotherapeuten infrage gestellt.)

Umgang mit den erhobenen Daten

Zum Umgang mit den erhobenen Daten bleiben viele Fragen offen, deren Klärung aus verschiedenen, u. a. auch ethischen Gründen vorab unabdingbar ist. So ist bzgl. der Datensicherheit zu klären, wo und wie die Daten gespeichert und gesichert werden sollen, wer darauf Zugriff hat und wie lange die Daten aufbewahrt werden, bevor sie wieder gelöscht werden. Ferner ist vorab zu klären, wie und von wem die Daten genutzt werden sollen bzw. können und vor allem mit welchen anderen Daten sie verknüpft werden können.
Insgesamt ist ein Datenschutzkonzept wie auch ein Datennutzungskonzept zu fordern.

Folgen für die PatientInnen

Wir sehen neben der beabsichtigten Qualitätssicherung auch andere Folgen für die PatientInnen:

Es liegt nahe, dass die Schaffung und Erzeugung der Daten einen bestimmten „Typ“ Psychotherapie erzeugen wird, der zwar zu den zu erhebenden Daten „passt“, der aber nicht den individuellen Erfordernissen des einzelnen Patienten gerecht werden kann.

Es ist zu befürchten, dass für bestimmte Patientengruppen die Versorgung erschwert wird. Wenn ein prospektiv wenig positiver Outcome dazu führt, dass Patienten erst gar nicht in Therapie genommen werden, wird sich die Versorgung für eine große Patientengruppe verschlechtern.

Hierzu wird zwar postuliert, dass solche Befürchtungen durch die Operationalisierung der Qualitätsindikatoren gelöst wurden, was wir so jedoch nicht nachvollziehen können. Wir sehen auch weiterhin genau diese Gefahr, mag sie auch subtiler weiterbestehen.

Ressourcen

Es wurden neun Qualitätsindikatoren für den Therapieprozess entwickelt, die den sechs Qualitätsaspekten des Qualitätsmodells der fallbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation der Leistungserbringer zuzuordnen sind. Die Indikatoren für Therapeuten sollen mit den Indikatoren der Patientenbefragung das gemeinsame Indikatoren-Set für das Qualitätssicherungsverfahren bilden. Der Dokumentationsbogen hierfür umfasst insgesamt 77 Datenfelder.

Die Auswertung soll länderbezogen erfolgen, basierend auf einer Vollerhebung von ca. 1,5 Mio. Qualitätssicherungsfällen von ca. 40000 Leistungserbringern jährlich. An die ca. 40000 Leistungserbringer sollen, im Sinne eines kontinuierlichen Benchmarkings, jährliche Rückmeldeberichte versandt werden.

vertraulich

Die Strukturen im Gesundheitswesen, LeistungserbringerInnen u. a. sind gehalten, ressourcensparend zu arbeiten. Wir bezweifeln, dass das vorgelegte QSV grundsätzlich ressourcensparend ist und fürchten eine Qualitätsbürokratie:

Wir fürchten, dass der geplante Umfang des QS-Verfahrens und die damit zu schaffende administrative Infrastruktur enorme finanzielle Kosten zur Folge haben wird. Es ist zu klären, wer diese Kosten trägt, und es ist darauf zu achten, dass es nicht zu Einschränkungen in anderen Bereichen aufgrund begrenzter finanzieller Ressourcen kommt. Beispielsweise muss den Psychotherapeuten die Arbeitsbelastung von 77 zu beantwortenden Fragen/Patient angemessen honoriert werden.
Aufgrund o. g. Faktoren können wir letztlich keine wirksame Datensparsamkeit erkennen.

Prüffragen des IQTIG

Auf S. 20 führt das IQTIG selbst einige Prüffragen auf, die wir hier versuchen zu beantworten, wenngleich wir vom IQTIG fordern, diese Fragen auch selbst zu beantworten. (Weiteres dazu unter „Forderungen“.)

Dienen die Erfassungsinstrumente der fallbezogenen QS-Dokumentationen?

Das erfüllen die bisher entwickelten Instrumente in gewissem Maß. Die Gefahren liegen in einem schleichenden Normierungszwang.

Ist die Ergebnisqualität mittels dokumentations- bzw. sozialdatenbasierter Indikatoren messbar, „eingedenk der Tatsache, dass in der Beauftragung die Vorgabe von konkreten standardisierten Instrumenten ausgeschlossen ist." (Zitat S. 20).

Die Ergebnisqualität ist in gewissem Maß beschreibbar. Allerdings besteht die Gefahr, dass auf diese Weise schwer zu erreichende und schwer beeinträchtigte Patienten auf Dauer von Psychotherapeuten eher nicht in Behandlung genommen werden, weil weniger beeinträchtigte Patienten, im Vergleich zu den schwerer beeinträchtigten Patienten, die besseren Therapieergebnisse haben. (Ergebnisse der Therapieforschung seit L. Luborsky, bezogen auf die gängigen, validierten Fragebögen/Skalen.)

Der Aufwand des vorgeschlagenen QSV ist für die Leistungserbringer (Therapeuten) unverhältnismäßig groß! Die Frage, die sich die Therapeuten auf Dauer und nach dem 100. Fragemarathon stellen werden, ist: Wessen Nutzen dient diese große Datensammlung? Nützt sie der Qualitätsverbesserung oder dient sie der Vorbereitung von äußerer Kontrolle?

Die Nutzbarkeit für einen Leistungserbringervergleich im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung bei ggf. darstellbarer Ergebnisqualität ist zu prüfen.

Ein Vergleich ist in gewissem Maße möglich. Allerdings besteht die Gefahr, dass auf diese Weise schwer zu erreichende und schwer beeinträchtigte Patienten auf Dauer von Psychotherapeuten eher nicht in Behandlung genommen werden, weil weniger beeinträchtigte Patienten, im Vergleich zu den schwerer beeinträchtigten Patienten, die besseren Therapieergebnisse haben, bzw. die besseren Abfrageergebnisse, weil deren Therapie sich besser in der Struktur dieses QSV abbilden lässt.

vertraulich

Inwieweit kann das Therapieergebnis den adressierten Leistungserbringern zugeschrieben werden?

Das Therapieergebnis ist grundsätzlich dem Patienten und dem Therapeut gleichermaßen zuzuschreiben, unterliegt aber im Einzelfall zugleich zahlreichen weiteren, oft schwer erfassbaren Faktoren.

Welche potenziellen Möglichkeiten der Risikoadjustierung für die ggf. abbildbare Ergebnisqualität sind vorhanden?

Das Ergebnis einer psychotherapeutischen Behandlung ist nicht nur durch die Qualität der Psychotherapie bedingt, sondern auch durch zahlreiche weitere innere und äußere Faktoren geprägt. Es gibt kein allgemein akzeptiertes wissenschaftliches Modell der Risikoadjustierung, die Anzahl der zu kontrollierenden Variablen ist sehr hoch. Ferner dauert die Psychotherapie oftmals längere Zeit, häufig im Rahmen eines komplexen medizinischen und psychotherapeutischen Leistungsgeschehens, sodass eine Interpretation der Ergebnisse nicht kausal auf die Psychotherapie zurückgeführt werden kann.

vertraulich

<u>Forderungen:</u>

- **Vor der regelhaften Umsetzung dieses konzipierten QSV begrüßen wir eine geplante Machbarkeitsstudie und halten sie für erforderlich, um die Durchführbarkeit dieses QSV auf inhaltlicher, finanzieller, formaler, juristischer und datenschutzrechtlicher Ebene zu überprüfen und die jeweiligen Ergebnisse bei der weiteren Konzeption des QSV zu berücksichtigen.**

- **Da eine abschließende Einschätzung erst in der Zusammenschau beider Systeme, der Patientenbefragung und der Therapeutenbefragung, möglich sein wird (s. S. 120 und 133 des Vorberichtes), fordern wir die Möglichkeit einer gemeinsamen Stellungnahme nach dem Vorliegen beider Abschlussberichte bzw. des Gesamtberichtes.**
- **Eine Kosten-Nutzen-Analyse ist durchzuführen.**
- **Datensparsamkeit und alltagstaugliche Anwendung des QSV halten wir prinzipiell für notwendig.**
- **Insgesamt ist ein spezifisches Datenschutzkonzept wie auch ein spezifisches Datennutzungskonzept zu fordern.**
- **Es ist ein Kapitel zu fordern, in dem das IQTIG die zufriedenstellende Erfüllung der selbst gestellten Forderungen (S. 20 Vorbericht) wohl begründet darlegt.**
- **Es sollte bei den Prüffragen des IQTIG auch die Frage nach der Verfahrensunabhängigkeit der gewählten Qualitätsindikatoren gestellt und beantwortet werden.**

Berlin, 30.04.2021
Der Geschäftsführende Vorstand der DGPT

Anlage zum Beschluss

Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung e.V.

Prof. Dr. Christiane Hermann
Präsidentin

Geschäftsstelle
Obere Rheingasse 3
D-56154 Boppard
Tel: 06742/8001-21
Fax: 06742/8001-22

Email: praesident@dgpsf.de
www.dgpsf.de

DGPSF e.V. · Obere Rheingase 3 · D-56154 Boppard

An
IGTIG
Prof. Dr. Jürgen Pauletzki
Frau Fanny-Schoeler-Rädke
Katharina-Heinroth Ufer 1
10787 Berlin

1. Mai 2021

Stellungnahme zum Vorbericht „Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“

Sehr geehrter Herr Prof. Pauletzki, sehr geehrte Frau Schoeler-Rädke,

im Namen der DGPSF bedanke ich mich für den umfassenden Vorbericht zur Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung.

Aus unserer Sicht wurden die nunmehr vorgeschlagenen 9 Qualitätsindikatoren auf Grundlage eines methodisch breiten Vorgehens abgeleitet, insbesondere die Einbeziehung von PatientInnen und einem Expertengremium von Leistungsbringern ist positiv hervorzuheben. Auch ist positiv festzustellen, dass es sich um Prozessindikatoren handelt, und somit die Prozessqualität der Versorgung adäquat abgebildet wird. Bei der fallbezogenen QS-Dokumentation wird von den Leistungserbringern allerdings ausschließlich erfragt, ob die jeweiligen Qualitätsindikatoren erfüllt wurden oder nicht. Jedoch sind vergleichsweise wenige Kriterien vorgegeben, auf deren Grundlage die Erfüllung des jeweiligen Qualitätsindikators als gegeben zu betrachten ist. So ist beispielsweise die Durchführung eines standardisierten Testverfahrens doch letztlich nur dann ein Qualitätsindikator, wenn dieses Verfahren indiziert ist und, sofern vorhanden, auch leitliniengerecht erfolgt. Qualitätssicherung bedeutet doch nicht nur, dass eine Maßnahme umgesetzt wird, sondern sollte auch deren Qualität widerspiegeln. Zweifellos ist es eine Herausforderung, solche Kriterien zu definieren. Hier könnte evtl. ein noch stärkerer Bezug auf eine Leitlinien-gerechte Versorgung ein Ansatzpunkt sein.
Für Rückfragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

(Prof. Dr. Christiane Hermann, Präsidentin der DGPSF)

Vertraulich

Anlage zum Beschluss

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V.

DGPM e.V. • Jägerstr. 51 • 10117 Berlin

IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

per Mail: verfahrensentwicklung2@iqtig.org

Berlin, 30.04.2021

Stellungnahme der DGPM zum Vorbericht des IQTIG zu den Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Mit dem Beschluss vom 17. Mai 2018 hat der G-BA das IQTIG beauftragt, ein einrichtungsübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zu entwickeln. Dieses ist diagnose- und therapieverfahrensunabhängig zu gestalten für Patientinnen und Patienten ab dem 18. Lebensjahr, die eine psychotherapeutische Kurzzeit- oder Langzeittherapie bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für Erwachsene in Anspruch nehmen. Ziel ist die Messung und vergleichende Darstellung der Qualität der psychotherapeutischen Versorgung mit Richtlinientherapie anhand einer fallbezogenen QS-Dokumentation. Es soll auf die Beurteilung der Prozessqualität als auch auf die Qualitätsförderung ausgerichtet sein. Zu prüfen ist, ob Aspekte der Ergebnisqualität erfasst werden können, auch unter der Heranziehung längerer Beobachtungszeiträume.

Es wurden neun Qualitätsindikatoren für den Therapieprozess entwickelt, die den sechs Qualitätsaspekten des Qualitätsmodells der fallbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation der Leistungserbringer zuzuordnen sind. Die neuen Prozessindikatoren für Therapeuten sollen mit den Indikatoren der Patientenbefragung das gemeinsame Indikatoren-Set für das Qualitätssicherungsverfahren bilden. Der Dokumentationsbogen hierfür umfasst insgesamt 77 Datenfelder.

Die Auswertung soll länderbezogen erfolgen, basierend auf einer Vollerhebung von ca. 1,5 Mio. Qualitätssicherungsfällen jährlich. An die Leistungserbringer sollen im Sinne eines kontinuierlichen Benchmarkings jährliche Rückmeldeberichte versandt werden. Das Vorliegen einer qualitativen Auffälligkeit soll durch ein Expertengremium auf Landesebene geprüft werden. Vor dem Einsatz dieses Qualitätssicherungsinstruments soll dieses einer umfassenden Machbarkeitsprüfung unterzogen werden.

Vorläufig

Bundesvorstand

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Johannes Kruse
Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Gießen und Marburg
Friedrichstr. 33, 35392 Gießen
Tel.: 0641 985-45600, Sekretariat: -45601
Fax: 0641 985-45609
johannes.kruse@psycho.med.uni-giessen.de

Stellvertretende Vorsitzende
Dr. med. Gerhard Hildenbrand
Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Klinikum Lüdenscheid Paulmannshöher Str. 14, 58515 Lüdenscheid
Tel.: 02351 462730, Fax: 02351 462735
gerhard.hildenbrand@klinikum-luedenscheid.de

Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner
Klinikdirektorin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden,
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Tel.: 0351 4587089, Fax: 0351 4586332
kerstin.weidner@uniklinikum-dresden.de

Beisitzer
Dr. med. Götz Berberich
Psychosomatische Klinik Windach
Schützenstraße 100, 86949 Windach
Tel.: 08193 72802, Fax: 08193 7225802
g.berberich@klinik-windach.de

Bernd Bergander
Praxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Grunewaldstr. 58, 10825 Berlin
Tel.: 030 7512315, Fax: 030 70711606
bergander-praxis@online.de

Prof. Dr. med. Hans-Christoph Friederich
Universitätsklinikum Heidelberg
Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik
Im Neuenheimer Feld 410, 69120 Heidelberg
Tel.: (06221) 56-8649, Mail: hans-christoph.friederich@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. Harald Gündel
Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm
Tel.: 0731 50061800, Fax: 0731 50061802
harald.guendel@uni-ulm.de

Dr. med. Norbert Hartkamp
Praxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Rheinstr. 37, 42697 Solingen
Tel.: 0212 22177270, Fax: 0212 22177272
hartkamp@pthweb.de

Prof. Dr. med. Volker Köllner
Reha-Zentrum Seehof der
Deutschen Rentenversicherung Bund
Lichterfelder Allee 55
14513 Teltow
Tel.: 03328 345678
koellner@psychosoma.de

Sprecher der Leitenden Hochschullehrer für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Prof. Dr. med. Peter Henningsen
Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Dekan der Fakultät für Medizin der TU München
Klinikum rechts der Isar der TU München
Langerstr. 3, 81675 München
Tel.: 089 41404313
p.henningsen@tum.de

Geschäftsführerin
Simone Kneer-Weidenhammer
Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht, Justiziarin
Jägerstr. 51, 10117 Berlin
Tel.: 030 20648243, Fax: 030 20653961
s.kneer-weidenhammer@dgpm.de

Geschäftsstelle
Jägerstr. 51, 10117 Berlin
Tel.: 030 20648243, Fax: 030 20653961
info@dgpm.de

www.dgpm.de

Bankverbindung
Bank für Sozialwirtschaft
IBAN DE22 1002 0500 0001 2789 00
BIC BFSWDE33BER

Steuernummer
27/620/57425

Die DGPM sieht sich der Qualitätssicherung verpflichtet und begrüßt externe Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der ambulanten Psychotherapie. Externe Qualitätssicherung erhöht die Transparenz des Leistungsgeschehens und dient auch der Sicherheit der Patientinnen und Patienten. Somit kann die Einführung von Qualitätssicherungsinstrumenten in der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung einen Gewinn darstellen. Die vom IQTIG angewandte Methodik bei der Entwicklung des QS-Instruments weist dabei einen sehr guten Qualitätsstandard auf. Es ergeben sich aber beim bisher vom IQTIG vorgeschlagenen Vorgehen einige kritische Fragen, die bei der weiteren Entwicklung des Instrumentes zu beachten sind.

1. Zur Frage der Prozess- und Ergebnisqualität

Die DGPM begrüßt, dass bei der Benennung der Qualitätsindikatoren ausschließlich Faktoren der Prozessqualität herangezogen werden sollen. Dabei erscheint die Auswahl der Indikatoren adäquat. Lediglich das Fehlen der Beziehungsqualität als zentraler Indikator ist zu bemängeln.

Der Einbezug der Ergebnisqualität wäre mit großen methodischen Problemen verbunden, da der Outcome der psychotherapeutischen Behandlung nicht nur durch die Qualität der Psychotherapie bedingt ist, sondern durch zahlreiche weitere Faktoren geprägt wird wie z.B. Lebenssituation und kritische Lebensereignisse, Persönlichkeitsstruktur, gleichzeitige Behandlung mit pharmakotherapeutischen, biologischen oder psychosozialen Methoden etc.. Dabei gibt es kein allgemein akzeptiertes wissenschaftliches Modell der Risikoadjustierung, die Anzahl der zu kontrollierenden Variablen ist sehr hoch. Hinzu kommt, dass die Psychotherapie sich oftmals über einen längeren Zeitraum erstreckt, vielfach im Rahmen eines komplexen medizinischen und psychotherapeutischen Leistungsgeschehens, sodass eine Interpretation der Ergebnisse nicht kausal auf die Psychotherapie zurückgeführt werden kann. Daher lässt sich eine vergleichende Outcome-Messung nicht als Qualitätsindikator nutzen.

Die vorgeschlagene systematische Outcome-Erhebung hingegen wird im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens als ein Indikator für die Prozessqualität verwandt. Das heißt, vorgesehen ist nicht ein Vergleich des Outcomes, sondern die Tatsache, ob eine Outcome-Messung erfolgt oder nicht. Auch die Wahl des Instrumentes hierzu wird nicht vorgegeben. Somit besteht die Möglichkeit, dieses Instrument individuell an die Patienten und an das Therapieverfahren anzupassen. Dieses Vorgehen erscheint uns sehr zielführend. Dennoch sind hier einige widersprüchliche Aussagen im Text, die immer wieder nahelegen, dass die Ergebnisqualität doch in das QS-Verfahren einbezogen werden soll. Diese Unschärfen im Text sollten geklärt werden.

Im Text wird angedeutet, dass im Rahmen der Patientenbefragung als zweite Säule des QS-Instruments neben der Prozess- auch die Ergebnisqualität adressiert wird. Deren Instrumente sind aktuell noch nicht bekannt und beurteilbar.

Da das Qualitätssicherungsverfahren sich zusammensetzen soll aus den Angaben der Therapeutinnen und Therapeuten sowie der Patientinnen und Patienten, ist insbesondere dieser Punkt aktuell nicht sicher einzuschätzen, da der Patientenfragebogen noch nicht vorliegt. Eine abschließende Beurteilung des Qualitätssicherungsverfahrens ist auch aus Sicht des IQTIG erst in der Zusammenschau dieser beiden Instrumente möglich. Daher möchten wir darauf dringen, dass erneut eine Stellungnahmemöglichkeit eingeräumt wird, sobald das Qualitätssicherungsverfahren in Gänze vorliegt und in der Zusammenschau beurteilt werden kann.

2. Zu den Qualitätsindikatoren (Kapitel 5 und 6)

Eine Begründung für die getroffene Auswahl der Qualitätsindikatoren aus einem Set von Qualitätsindikatoren erfolgt leider nicht. Wohl wird das methodische Verfahren dargestellt. Die gewählten Indikatoren erscheinen aber zielführend. Alle mit den Indikatoren adressierten Aspekte der Prozessqualität sind in den Augen des IQTIG von den Leistungserbringern grundsätzlich beeinflussbar und können der Verantwortung des Leistungserbringers zugeschrieben werden. Dieses ist jedoch bei bestimmten Patientengruppen in Frage zu stellen, z. B. bei Patienten mit stark paranoiden Ängsten kann die Kooperation mit anderen Leistungserbringern eine Gefahr darstellen und abgelehnt werden, Patientinnen und Patienten mit somatischem Krankheitsverständnis lehnen krankheitsimmanent ein Gespräch über ihre psychische Befindlichkeit ab. Somit sollte dringend auch eine Kategorie in die Dokumentation eingeführt werden, dass ein QS-Indikator störungsbedingt nicht erfüllt werden kann.

Das IQTIG kann ein Verbesserungspotential bei den QS-Indikatoren selbst nicht erkennbar belegen. Ob durch die Einführung dieser Qualitätsindikatoren und -merkmale tatsächlich eine Verbesserung der Versorgung erzielt werden kann, ist aktuell nicht gut einschätzbar. Empirische Hinweise hierfür liegen aktuell nicht vor. Daher ist zu fordern, dass die Einführung mit einer wissenschaftlichen Begleitforschung verbunden sein sollte.

3. Zum Umsetzungs- und Auswertungskonzept

Die Vollerhebung durch die Therapeuten sowie das Melde- und Rückmeldesystem verlangt angesichts der vom IQTIG genannten 1,5 Mio. versorgter Patienten einen hohen technischen, administrativen und personellen Aufwand. Die Kosten dieses Verfahrens sollten kalkuliert und mit dem potentiellen Nutzen abgewogen werden. Zudem ist anzumerken, dass das IQTIG von einer zu geringen Zahl ärztlicher Psychotherapeuten ausgeht.
Im Einleitungstext (Kapitel 1.1) wird die Zahl der ärztlichen Psychotherapeuten mit 6.219 zu gering eingeschätzt. Von Seiten der KBV (Stand 31.12.2019) wird die Zahl mit 11.916 angegeben.
Es scheint, dass die Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie nicht in die Kalkulation mit eingehen. Insofern ist von erheblich höheren Kosten und höherem organisatorischem Aufwand auszugehen.

Wir stimmen dem IQTIG zu, dass es einer Machbarkeitsstudie bedarf, um die QS-Instrumente zu implementieren. Entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ empfiehlt das IQTIG die Beauftragung einer Machbarkeitsprüfung, um in freiwilliger Kooperation mit Leistungserbringern anhand anonymisierter Echt-Fälle die Dokumentation und die Qualitätsindikatoren zu erproben und zu optimieren.

Die DGPM hält eine solche Machbarkeitsstudie vor der Implementierung der QS-Instrumente zur Überprüfung und Anpassung von Verfahrenskomponenten im vorgeschlagenen QS-Verfahren für unabdingbar und empfiehlt, diese neben der wissenschaftlichen Begleitstudie zu beauftragen.

Implementierung eines QS-Instrumentes im Jahr 2022

Die Entwicklung des Qualitätssicherungsinstruments durch das IQTIG steht jedoch noch in einem weiteren Zusammenhang, der im Bericht nicht ausreichend reflektiert wird. Durch das Ausbildungsreformgesetz wurde festgelegt, dass das aktuelle Antrags- und Gutachterverfahren im Jahre 2022 durch ein anderes Qualitätssicherungsverfahren abgelöst werden soll. Zu Recht verweist das IQTIG auf die Notwendigkeit einer Machbarkeitsprüfung des vorgeschlagenen Qualitätssicherungsverfahrens.

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V.

Insgesamt ist von einem langfristigen Prozess auszugehen. Gleichzeitig besteht die gesetzliche Auflage, ab dem Jahr 2022 ein das Gutachterverfahren ablösendes Qualitätssicherungsverfahren einzuführen. Der Zwischenbericht thematisiert diese Problematik nicht ausreichend. Es ist nicht zu erkennen, wie diese gelöst werden kann. Außerdem ist darauf hinzuweisen, dass durch die aktuelle Qualitätssicherung im Rahmen des Antrags- und Gutachterverfahrens ein Kontingent von Therapiestunden im Vorhinein für die Therapie bewilligt wird. Dieses schafft einen notwendigen sicheren Rahmen für die Psychotherapie. Dieser Rahmen stellt eine hohe Qualität für die psychotherapeutische Versorgung dar. Er ermöglicht es insbesondere Patient*innen mit schweren Beeinträchtigungen, sich auf eine Therapie einzulassen. Daher besteht die Gefahr, dass es durch den Wechsel des Qualitätssicherungsinstrumentes zu einer erheblichen Einschränkung der Qualität in der Versorgung kommen kann, die durch die Neueinführung eines vielleicht transparenteren, aber wesentlich formaleren Qualitätssicherungsinstrumentes nicht kompensiert werden kann. Zu dieser Frage sollte das IQTIG sich unbedingt äußern und Vorschläge unterbreiten, wie dieser Gefahr zu begegnen ist.

Da das vorliegende Konzept nur für Einzeltherapien mit Erwachsenen entwickelt wird, stellt sich die Frage, wie die gesetzlichen Vorgaben für eine Qualitätssicherung der Behandlung von Kindern und Jugendlichen und Gruppenbehandlungen von Erwachsenen umgesetzt werden sollen.
Bleibt dann für Kinder- und Jugendlichen-Therapien das Gutachterverfahren bestehen? Bleibt dann Gruppentherapie ohne externe Qualitätssicherung durchführbar? Auch hierzu sollte sich das IQTIG äußern.

4. Schweigepflicht

Das IQTIG plant eine **Validierung der Datenqualität anhand der Original-Behandlungsakte** oder einer zukünftig einzuführenden standardisierten Dokumentation. Eine solche Vorgehensweise ist im Krankenhaus oder in der Rehaklinik unproblematisch, da Patientinnen und Patienten davon ausgehen, dass die Behandler miteinander sprechen. In der ambulanten Praxis ist zu bedenken, dass wir ein anderes Maß an Vertraulichkeit haben. Die Aufzeichnungen der Therapeutinnen und Therapeuten dokumentieren dabei sehr intime Aspekte der Patienten. Die Fragen der Vertraulichkeit und Schweigepflicht müssen in diesem Zusammenhang daher in besonderer Weise geprüft werden.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass der BPM und das DKPM sich unserer Stellungnahme anschließen. Beide Gruppierungen werden Ihnen dieses mit gesondertem Schreiben zusenden.

Prof. Dr. med. Johannes Kruse
Vorsitzender der DGPM

Vertraulich

Deutscher Pflegerat e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen

Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zur Entwicklung eines QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung/Beteiligungsverfahren

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und nimmt nachfolgend Stellung zum Qualitätssicherungsverfahren zur Entwicklung eines QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung/Beteiligungsverfahren.

Ein direkter Bezug bzw. Auswirkung auf die psychiatrische Pflege ergibt sich aus Sicht des DPR durch das Qualitätssicherungsverfahren nicht, da es insbesondere die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeut:innen in den Blick nimmt. Grundsätzlich begrüßt der DPR eine solche Qualitätssicherung zum Vergleich der psychotherapeutischen Leistung:

- Da alle gängigen Therapieverfahren einbezogen wurden, ist die Versorgungslandschaft gut abgebildet.
- Es ist positiv festzustellen, dass das entwickelte Qualitätsindikatoren-Set unabhängig von Diagnose und Therapieverfahren einsetzbar ist.
- Die Qualitätsindikatoren (9) sind von der Anzahl her überschaubar und bilden den Verlauf der Therapie ab, sie sollten daher gut in den Prozess integrierbar sein.
- Der Vorbericht empfiehlt zudem die Durchführung einer Machbarkeitsstudie, um die Akzeptanz der Leistungserbringer zu fördern und evtl. Schwachstellen vor Umsetzung noch beheben zu können. Dieses Vorhaben ist zu unterstützen (bei der PPP-RL wurde aus Zeitgründen darauf verzichtet, was zu einer breiten Ablehnung der RL durch die Praxis geführt hat; ebenso der Verzicht auf Testung der Datenerhebung, der jetzt die Leistungsanbieter, aber auch das IQTIG vor ungeahnte Probleme stellt, deren Auswirkungen sich wahrscheinlich erst im Herbst dieses Jahres offenbaren).
- Die Erhebung der QS-Daten bei den Leistungserbringern muss u.E. zwingend weitestgehend aus der Primärdokumentation möglich sein und sollte möglichst automatisiert in den Dokumentationsbogen übernommen werden. Eine manuelle Datenerhebung birgt das große Risiko der schlechten Datenqualität (bewusst oder unbewusst durch den Leistungsbringer verursacht). Der Vorbericht empfiehlt dieses Vorgehen auch.
- Das QS-Verfahren schließt die Diagnosegruppen F.0x (Demenzen) und F.7x (Intelligenzminderungen) aus. Grundsätzlich ist das erst einmal nachvollziehbar, da die Hauptdiagnose primär nicht durch Psychotherapie behandelt, gebessert oder gemildert werden kann. Dennoch treten im Rahmen dieser Erkrankungen durchaus Verhaltensauffälligkeiten auf, die durch z.B. Verhaltenstherapie günstig beeinflusst werden können. Daher erscheint es unklar, warum hier ein Ausschluss erfolgt ist. Insbesondere da der G-BA mit Beschluss vom 18.10.2018 auch explizit für Menschen mit Intelligenzminderung den Anspruch auf ambulante psychotherapeutische Leistungen ermöglicht hat.

Berlin, 25.04.2021

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Alt- Moabit 91, 10559 Berlin
Tel.: + 49 30 / 398 77 303
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de

DKPM Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin

DKPM Geschäftsstelle, Jägerstr. 51, 10117 Berlin

IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

per Mail: verfahrensentwicklung2@iqtig.org

Berlin, 30.04.2021

Stellungnahme des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) zum Vorbericht des IQTIG zu den Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Mit dem Beschluss vom 17. Mai 2018 hat der G-BA das IQTIG beauftragt, ein einrichtungsübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zu entwickeln. Dieses ist diagnose- und therapieverfahrensunabhängig zu gestalten für Patientinnen und Patienten ab dem 18. Lebensjahr, die eine psychotherapeutische Kurzzeit- oder Langzeittherapie bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für Erwachsene in Anspruch nehmen. Ziel ist die Messung und vergleichende Darstellung der Qualität der psychotherapeutischen Versorgung mit Richtlinientherapie anhand einer fallbezogenen QS-Dokumentation. Es soll auf die Beurteilung der Prozessqualität als auch auf die Qualitätsförderung ausgerichtet sein. Zu prüfen ist, ob Aspekte der Ergebnisqualität erfasst werden können, auch unter der Heranziehung längerer Beobachtungszeiträume.

Es wurden neun Qualitätsindikatoren für den Therapieprozess entwickelt, die den sechs Qualitätsaspekten des Qualitätsmodells der fallbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation der Leistungserbringer zuzuordnen sind. Die neuen Prozessindikatoren für Therapeuten sollen mit den Indikatoren der Patientenbefragung das gemeinsame Indikatoren-Set für das Qualitätssicherungsverfahren bilden. Der Dokumentationsbogen hierfür umfasst insgesamt 77 Datenfelder.

Die Auswertung soll länderbezogen erfolgen, basierend auf einer Vollerhebung von ca. 1,5 Mio. Qualitätssicherungsfällen jährlich. An die Leistungserbringer sollen im Sinne eines kontinuierlichen Benchmarkings jährliche Rückmeldeberichte versandt werden.

Vertraulich

Präsident
Univ. Prof. Dr. Christoph Herrmann-Lingen
Universitätsmedizin Göttingen
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
von-Siebold-Str. 5, 37075 Göttingen
T: 0551/39-66707
cherrma@gwdg.de

Vizepräsident und President elect
Univ. Prof. Dr. Stephan Herpertz
LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum für
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Alexandrinenstr. 1-3, 44791 Bochum
T: 0234/5077-3110
stephan.herpertz@ruhr-uni-bochum.de

Generalsekretärin
Univ. Prof. Dr. Martina de Zwaan
Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
T: 0511/532-6569
dezwaan.martina@mh-hannover.de

Schatzmeisterin
Univ. Prof. Dr. Anja Mehnert-Theuerkauf
Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
Universitätsmedizin Leipzig
Philipp-Rosenthal-Str. 55, 04103 Leipzig
T: 0341/97-18800
anja.mehnert@medizin.uni-leipzig.de

Weitere Vorstandsmitglieder:

Univ. Prof. Dr. Claas Lahmann Universitätsklinikum Freiburg
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Hauptstraße 8, 79104 Freiburg
T: 0761-27068050
claas.lahmann@uniklinik-freiburg.de

Univ. Prof. Dr. Martin Teufel
Universität Duisburg-Essen
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
LVR-Klinikum Essen
Virchowstraße 174, 45147 Essen
T: 0201-7227500
martin.teufel@uni-due.de

Univ. Prof. Dr. Christiane Waller
Paracelsus Universität Klinikum Nürnberg
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1, 90419 Nürnberg
T: 0911-398-2840
christiane.waller@klinikum-nuernberg.de

DKPM Geschäftsstelle
Sascha Hellendahl
Jägerstr. 51
10117 Berlin
T: 030/20648243
info@dkpm.de

Website: www.dkpm.de

Das Vorliegen einer qualitativen Auffälligkeit soll durch ein Expertengremium auf Landesebene geprüft werden. Vor dem Einsatz dieses Qualitätssicherungsinstruments soll dieses einer umfassenden Machbarkeitsprüfung unterzogen werden.

Das DKPM sieht sich der Qualitätssicherung verpflichtet und begrüßt externe Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der ambulanten Psychotherapie. Externe Qualitätssicherung erhöht die Transparenz des Leistungsgeschehens und dient auch der Sicherheit der Patientinnen und Patienten. Somit kann die Einführung von Qualitätssicherungsinstrumenten in der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung einen Gewinn darstellen.

In enger Abstimmung mit der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) und dem Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands (BPM) und inhaltsgleich mit den beiden genannten Verbänden nehmen wir hiermit zum Vorbericht des IQTIG zu den Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter Stellung. Die Stellungnahme von DGPM und BPM wird Ihnen mit gesondertem Schreiben zugehen.

Die vom IQTIG angewandte Methodik bei der Entwicklung des QS-Instruments weist dabei einen sehr guten Qualitätsstandard auf. Es ergeben sich aber beim bisher vom IQTIG vorgeschlagenen Vorgehen einige kritische Fragen, die bei der weiteren Entwicklung des Instrumentes zu beachten sind.

1. Zur Frage der Prozess- und Ergebnisqualität

Das DKPM begrüßt, dass bei der Benennung der Qualitätsindikatoren ausschließlich Faktoren der Prozessqualität herangezogen werden sollen. Dabei erscheint die Auswahl der Indikatoren adäquat. Lediglich das Fehlen der Beziehungsqualität als zentraler Indikator ist zu bemängeln.

Der Einbezug der Ergebnisqualität wäre mit großen methodischen Problemen verbunden, da der Outcome der psychotherapeutischen Behandlung nicht nur durch die Qualität der Psychotherapie bedingt ist, sondern durch zahlreiche weitere Faktoren geprägt wird wie z.B. Lebenssituation und kritische Lebensereignisse, Persönlichkeitsstruktur, gleichzeitige Behandlung mit pharmakotherapeutischen, biologischen oder psychosozialen Methoden etc.. Dabei gibt es kein allgemein akzeptiertes wissenschaftliches Modell der Risikoadjustierung, die Anzahl der zu kontrollierenden Variablen ist sehr hoch. Hinzu kommt, dass die Psychotherapie sich oftmals über einen längeren Zeitraum erstreckt, vielfach im Rahmen eines komplexen medizinischen und psychotherapeutischen Leistungsgeschehens, sodass eine Interpretation der Ergebnisse nicht kausal auf die Psychotherapie zurückgeführt werden kann. Daher lässt sich eine vergleichende Outcome-Messung nicht als Qualitätsindikator nutzen.

Die vorgeschlagene systematische Outcome-Erhebung hingegen wird im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens als ein Indikator für die Prozessqualität verwandt. Das heißt, vorgesehen ist nicht ein Vergleich des Outcomes, sondern die Tatsache, ob eine Outcome-Messung erfolgt oder nicht. Auch die Wahl des Instrumentes hierzu wird nicht vorgegeben. Somit besteht die Möglichkeit, dieses Instrument individuell an die Patienten und an das Therapieverfahren anzupassen. Dieses Vorgehen erscheint uns sehr zielführend. Dennoch sind hier einige widersprüchliche Aussagen im Text, die immer wieder nahelegen, dass die Ergebnisqualität doch in das QS-Verfahren einbezogen werden soll. Diese Unschärfen im Text sollten geklärt werden.

Im Text wird angedeutet, dass im Rahmen der Patientenbefragung als zweite Säule des QS-Instruments neben der Prozess- auch die Ergebnisqualität adressiert wird. Deren Instrumente sind aktuell noch nicht bekannt und beurteilbar.
Da das Qualitätssicherungsverfahren sich zusammensetzen soll aus den Angaben der Therapeutinnen und Therapeuten sowie der Patientinnen und Patienten, ist insbesondere dieser Punkt aktuell nicht sicher einzuschätzen, da der Patientenfragebogen noch nicht vorliegt. Eine abschließende Beurteilung des Qualitätssicherungsverfahrens ist auch aus Sicht des IQTIG erst in der Zusammenschau dieser beiden Instrumente möglich. Daher möchten wir darauf dringen, dass erneut eine Stellungnahmemöglichkeit eingeräumt wird, sobald das Qualitätssicherungsverfahren in Gänze vorliegt und in der Zusammenschau beurteilt werden kann.

2. Zu den Qualitätsindikatoren (Kapitel 5 und 6)

Eine Begründung für die getroffene Auswahl der Qualitätsindikatoren aus einem Set von Qualitätsindikatoren erfolgt leider nicht. Wohl wird das methodische Verfahren dargestellt. Die gewählten Indikatoren erscheinen aber zielführend. Alle mit den Indikatoren adressierten Aspekte der Prozessqualität sind in den Augen des IQTIG von den Leistungserbringern grundsätzlich beeinflussbar und können der Verantwortung des Leistungserbringers zugeschrieben werden.
Dieses ist jedoch bei bestimmten Patientengruppen in Frage zu stellen, z. B. bei Patienten mit stark paranoiden Ängsten kann die Kooperation mit anderen Leistungserbringern eine Gefahr darstellen und abgelehnt werden, Patientinnen und Patienten mit somatischem Krankheitsverständnis lehnen krankheitsimmanent ein Gespräch über ihre psychische Befindlichkeit ab. Somit sollte dringend auch eine Kategorie in die Dokumentation eingeführt werden, dass ein QS-Indikator störungsbedingt nicht erfüllt werden kann.

Das IQTIG kann ein Verbesserungspotential bei den QS-Indikatoren selbst nicht erkennbar belegen. Ob durch die Einführung dieser Qualitätsindikatoren und -merkmale tatsächlich eine Verbesserung der Versorgung erzielt werden kann, ist aktuell nicht gut einschätzbar. Empirische Hinweise hierfür liegen aktuell nicht vor. Daher ist zu fordern, dass die Einführung mit einer wissenschaftlichen Begleitforschung verbunden sein sollte.

3. Zum Umsetzungs- und Auswertungskonzept

Die Vollerhebung durch die Therapeuten sowie das Melde- und Rückmeldesystem verlangt angesichts der vom IQTIG genannten 1,5 Mio. versorgter Patienten einen hohen technischen, administrativen und personellen Aufwand. Die Kosten dieses Verfahrens sollten kalkuliert und mit dem potentiellen Nutzen abgewogen werden. Zudem ist anzumerken, dass das IQTIG von einer zu geringen Zahl ärztlicher Psychotherapeuten ausgeht. Im Einleitungstext (Kapitel 1.1) wird die Zahl der ärztlichen Psychotherapeuten mit 6.219 zu gering eingeschätzt. Von Seiten der KBV (Stand 31.12.2019) wird die Zahl mit 11.916 angegeben. Es scheint, dass die Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie nicht in die Kalkulation mit eingehen. Insofern ist von erheblich höheren Kosten und höherem organisatorischem Aufwand auszugehen.

Wir stimmen dem IQTIG zu, dass es einer Machbarkeitsstudie bedarf, um die QS-Instrumente zu implementieren. Entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ empfiehlt das IQTIG die Beauftragung einer Machbarkeitsprüfung, um in freiwilliger Kooperation mit Leistungserbringern anhand anonymisierter Echt-Fälle die Dokumentation und die Qualitätsindikatoren zu erproben und zu optimieren.

Das DKPM hält eine solche Machbarkeitsstudie vor der Implementierung der QS-Instrumente zur Überprüfung und Anpassung von Verfahrenskomponenten im vorgeschlagenen QS-Verfahren für unabdingbar und empfiehlt, diese neben der wissenschaftlichen Begleitstudie zu beauftragen.

Implementierung eines QS-Instrumentes im Jahr 2022

Die Entwicklung des Qualitätssicherungsinstruments durch das IQTIG steht jedoch noch in einem weiteren Zusammenhang, der im Bericht nicht ausreichend reflektiert wird. Durch das Ausbildungsreformgesetz wurde festgelegt, dass das aktuelle Antrags- und Gutachterverfahren im Jahre 2022 durch ein anderes Qualitätssicherungsverfahren abgelöst werden soll. Zu Recht verweist das IQTIG auf die Notwendigkeit einer Machbarkeitsprüfung des vorgeschlagenen Qualitätssicherungsverfahrens. Insgesamt ist von einem langfristigen Prozess auszugehen. Gleichzeitig besteht die gesetzliche Auflage, ab dem Jahr 2022 ein das Gutachterverfahren ablösendes Qualitätssicherungsverfahren einzuführen. Der Zwischenbericht thematisiert diese Problematik nicht ausreichend. Es ist nicht zu erkennen, wie diese gelöst werden kann. Außerdem ist darauf hinzuweisen, dass durch die aktuelle Qualitätssicherung im Rahmen des Antrags- und Gutachterverfahrens ein Kontingent von Therapiestunden im Vorhinein für die Therapie bewilligt wird. Dieses schafft einen notwendigen sicheren Rahmen für die Psychotherapie. Dieser Rahmen stellt eine hohe Qualität für die psychotherapeutische Versorgung dar. Er ermöglicht es insbesondere Patient*innen mit schweren Beeinträchtigungen, sich auf eine Therapie einzulassen.

vertraulich

Daher besteht die Gefahr, dass es durch den Wechsel des Qualitätssicherungsinstrumentes zu einer erheblichen Einschränkung der Qualität in der Versorgung kommen kann, die durch die Neueinführung eines vielleicht transparenteren, aber wesentlich formaleren Qualitätssicherungsinstrumentes nicht kompensiert werden kann. Zu dieser Frage sollte das IQTIG sich unbedingt äußern und Vorschläge unterbreiten, wie dieser Gefahr zu begegnen ist.

Da das vorliegende Konzept nur für Einzeltherapien mit Erwachsenen entwickelt wird, stellt sich die Frage, wie die gesetzlichen Vorgaben für eine Qualitätssicherung der Behandlung von Kindern und Jugendlichen und Gruppenbehandlungen von Erwachsenen umgesetzt werden sollen.
Bleibt dann für Kinder- und Jugendlichen-Therapien das Gutachterverfahren bestehen? Bleibt dann Gruppentherapie ohne externe Qualitätssicherung durchführbar? Auch hierzu sollte sich das IQTIG äußern.

4. Schweigepflicht

Das IQTIG plant eine **Validierung der Datenqualität anhand der Original-Behandlungsakte** oder einer zukünftig einzuführenden standardisierten Dokumentation. Eine solche Vorgehensweise ist im Krankenhaus oder in der Rehaklinik unproblematisch, da Patientinnen und Patienten davon ausgehen, dass die Behandler miteinander sprechen. In der ambulanten Praxis ist zu bedenken, dass wir ein anderes Maß an Vertraulichkeit haben. Die Aufzeichnungen der Therapeutinnen und Therapeuten dokumentieren dabei sehr intime Aspekte der Patienten. Die Fragen der Vertraulichkeit und Schweigepflicht müssen in diesem Zusammenhang daher in besonderer Weise geprüft werden.

Für Rückfragen stehen wir gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Univ. Prof. Dr. med. Christoph Herrmann-Lingen
Präsident des DKPM

vertraulich

Anlage zum Beschluss

DeGPT
Deutschsprachige Gesellschaft
für Psychotraumatologie

DeGPT e.V. - Geschäftsstelle
Sophie-von-La-Roche-Str. 4 · 56077 Koblenz

IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im
Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

29.04.2021

Stellungnahme zum Zwischenbericht des IQTIG durch die deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT e.V.)

vertraulich

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der Anlage übersenden wir die Stellungnahme der DeGPT e.V. zum Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter im Auftrage des gemeinsamen Bundesausschusses.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Birgit Kleim PhD
Vorsitzende der DeGPT e.V.

Geschäftsstelle

Sophie-von-La-Roche-Straße 4
56077 Koblenz
Tel. +49 261 2874 2192
E-Mail: info@degpt.de
www.degpt.de

Bürozeiten: Di. 09:00 – 14:00 Uhr
Do. 14:00 – 18:00 Uhr

Bankverbindung

Sparkasse Koblenz
IBAN: DE53 5705 0120 0000 2990 57
BIC: MALADE51KOB

Vorstand

Prof. Dr. Birgit Kleim PhD, Zürich (Vorsitzende)
Dr. med. Jochen Binder, Winterthur
Dr. phil. Dipl.-Psych. Maria Böttche, Berlin
Peter Schüßler, Koblenz
Dr. Matthias Knefel, Wien
A. Univ. Prof. Dr. med. Astrid Lampe, Innsbruck
Dr. biol.-hum. Dipl.-Psych. Marc Schmid
Dipl.-Psych. Dipl.-Päd. Ingrid Wild-Lüffe, München
Dr. med. Karl-Heinz Biesold, Hamburg (kooptiert)
Dr. med. Helge Höllmer, Hamburg (kooptiert)
Dr. med. Alexander Jatzko, Kaiserslautern (kooptiert)
Univ. Prof. Dr. Paul Plener MHBA, Wien (kooptiert)

DeGPT
Deutschsprachige Gesellschaft
für Psychotraumatologie

Stellungnahme zum Zwischenbericht des IQTIG durch die deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT e.V.)

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen stellt ein Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter im Auftrage des gemeinsamen Bundesausschusses vor. Es beinhaltet ein Indikatorenset 1.0, einen Vorbericht und einen Anhang zum Vorbericht mit Stand vom 22. März 2021. Die deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT e.V.) wurde aufgefordert, eine Stellungnahme dazu bis zum 2. Mai 2021 vorzunehmen.

Berücksichtigung der AWMF S3-Leitlinie der DeGPT zur „Posttraumatischen Belastungsstörung“

Wiewohl auf Seite 37 im Dokument „Vorbericht“ angeführt wird, dass im Jahr 2018 eine systematische Recherche durchgeführt und diese Recherche im Oktober 2019 aktualisiert wurde, ist die AWMF S3-Leitlinie der DeGPT zur „Posttraumatischen Belastungsstörung“ vom 30.04.2019 nicht aufgenommen worden. Dies verwundert,

1. da es sich um eine deutschsprachige Leitlinie handelt,
2. die auf einer sorgfältigen Recherche wissenschaftlicher Befunde basiert,
3. die für das Einsatzgebiet der ICD ausgerichtet ist und
4. gerade von ambulant behandelnden PsychotherapeutInnen in Deutschland genutzt wird.

Aufgeführt sind nur fachlich hochqualitative englischsprachige Leitlinien:

- VA/DOD Clinical practice guideline for the management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder
- American Psychological Association. Clinical practice guideline for the treatment of PTSD.
- NICE (2019): NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder

Da das Anführen der DeGPT (2019): AWMF-Registernummer 155/001. S3-Leitlinie: Posttraumatische Belastungsstörung neben der NICE (2019): NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder unseres Erachtens nach zu keinen inhaltlichen Änderungen

vertraulich

des Indikatorensets führen würde, wird um das zusätzliche Aufführen dieser deutschsprachigen Leitlinie gebeten.
Dies sollte in den Qualitätsaspekten erfolgen:

1.1 Qualitätsindikator „Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung von behandlungsrelevanten Dimensionen“ unter dem Punkt
- „Leitlinien empfehlen zur Diagnostik die Erhebung psychischer Komorbiditäten“ (Seite 12 des Dokumentes „Indikatorenset“) und
- „Leitlinien empfehlen zur Diagnostik die Erhebung somatischer Komorbiditäten“ (Seite 13 des Dokumentes „Indikatorenset“).

Im Vorbericht müsste auf Seite 40 im 2. Absatz, Zeile 8 unter aus Deutschland stammende Leitlinie diese auch aufgeführt werden (DeGPT 2019) im 3. Absatz, Zeile 7 (DeGPT 2019) und weiter auf Seite 41 im 4. Absatz Zeile 9 und 10 (DeGPT 2019) sowie Seite 82 erster Absatz, Zeile 1, 4 und 6 (DeGPT 2019).

Auf Seite 117 ff im Dokument „Anhang“ sollten Empfehlungen aus der DeGPT Leitlinie aufgenommen werden:

1 Bei der Diagnostik soll beachtet werden, dass die PTBS nur eine, wenngleich spezifische Form der Traumafolgeerkrankungen ist.
2 Die Diagnostik der PTBS soll nach klinischen Kriterien der jeweils gültigen Version der ICD erfolgen. Dabei sollen funktionelle Einschränkungen in der Beurteilung mitberücksichtigt warden.
3 Zur Unterstützung der Diagnostik sollten psychometrische Tests und PTBS-spezifische strukturierte klinische Interviews eingesetzt werden.
4 Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung ist Behandlung erster Wahl die traumafokussierte Psychotherapie, bei der der Schwerpunkt auf der Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Ereignis und/oder seiner Bedeutung liegt.
5 Eine traumafokussierte Psychotherapie soll jedem/r Patienten/in mit PTBS angeboten werden
6 Ergänzend zu traumafokussierten Interventionen sollen weitere Problem- und Symptombereiche abgeklärt und in der Behandlung berücksichtigt werden wie z.B. das Risiko weiterer Viktimisierung bei Opfern von Gewalt, Trauerprozesse, soziale Neuorientierung, Neubewertung, Selbstwert-stabilisierung.
7 Es soll in Diagnostik und Behandlungsplanung berücksichtigt werden, dass komorbide Störungen bei der Posttraumatischen Belastungsstörung eher die Regel als die Ausnahme sind.

vertraulich

Die Gruppe F43 – Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen sind laut Vorbericht (S. 76) die häufigste diagnostische Einzelgruppe. Traumafolgestörungen gehören zu dieser Gruppe, weshalb wir die Beachtung der deutschen Leitlinie PTBS vom 30.04.2019 als wichtig erachten.
Es ist aus traumatologischer Sicht wichtig, diese Leitlinien mit Empfehlungen zur Diagnostik bei posttraumatischen Belastungsstörungen bereits zu Beginn der Behandlung im Sinne einer umfassenden Diagnostik und Behandlungsplanung, ebenso zur Definition von Behandlungszielen bei Kurz- und Langzeittherapien zu hinterlegen.

Hinweise zu Exploration belastender Lebensereignisse
Um eine differentialdiagnostische Abklärung akuter Stressreaktionen und Symptomentwicklung zu ermöglichen und damit einer Chronifizierung frühzeitig entgegenzuwirken, erscheint eine systematische Exploration traumatischer und anderer belastender Lebensereignisse bereits während der Eingangsdiagnostik von zentraler Bedeutung. Aus diesem Grund schlagen wir vor, routinemäßig in der Eingangsdiagnostik explizit nach belastenden Lebensereignissen zu fragen und dies entweder in einen bestehenden Qualitätsindex zu integrieren oder in einen gesonderten Qualitätsindex zu verankern:
Datenfeld 13 ergänzen: *Wurde im Rahmen der Diagnostik in der Anfangsphase der Behandlung die biographische Anamnese einschließlich belastender oder traumatischer Lebensereignisse erfasst?*
Oder als zusätzliches Datenfeld hinter Datenfeld 13: *Ist eine Erhebung von belastenden oder traumatischen Erlebnissen erfolgt: ja/nein*.
Der Einsatz standardisierter diagnostischer Instrumente kann gerade im Bereich belastender Lebensereignisse einen Zusammenhang der Symptomatik mit Lebenserfahrungen herstellen, von denen es den PatientInnen oftmals schwer fällt zu berichten, wenn hiernach durch die BehandlerInnen nicht explizit gefragt wird. Wir schlagen folgenden Qualitätsindex vor:
Sind standardisierte diagnostische Instrumente zur Erfassung belastender oder traumatischer Erlebnisse eingesetzt worden: Ja/nein.
Die Klärung, ob belastende oder traumatisierende Erlebnisse vorgelegen haben, sollte routinemäßig ebenso wie die Frage nach Substanzmittelmissbrauch (Datenfeld 20) und Suizidalität (Datenfeld 21) erfasst werden (vgl. Anhang B zum Vorbericht, Datenfelder der ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation), da wissenschaftlich belegt ist, dass diese

vertraulich

DeGPT
Deutschsprachige Gesellschaft
für Psychotraumatologie

Gegebenheit sowohl zur Chronifizierung auch komorbider Störungen als auch bei Nichtbeachtung zu weniger erfolgreichen Psychotherapien führen kann. Auch kann die Dokumentation belastender Lebensereignisse und vor allem traumatischer Erfahrungen immer wieder zur Anpassung der vereinbarten individuellen Therapieteil-Ziele herangezogen werden.
Ein Datensatz im Bereich der Anamnese unter fallbezogener Dokumentation die Erhebung von lebensverändernden, belastenden Ereignissen, resp. speziellen Gewalterfahrungen wird somit für unabdingbar gehalten.

Anzahl der maximalen Therapiestunden in einer Traumatherapie
Auf Seite 24 des Vorberichts wird beschrieben, dass die Höchstgrenze für eine LZT nach §30 Psychotherapierichtlinie bei Verhaltenstherapie 80 Stunden, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie 100 Stunden und analytischer Psychotherapie 300 Stunden festgelegt wurden.
Wir möchten hier dringend darauf hinweisen, dass Traumatherapien von schwer traumatisierten Menschen, der z.B. durch Jahrzehnte langen Missbrauch in der Kindheit entstanden ist, eine deutlich längere Therapiezeit benötigt. Auf Seite 34 des Vorberichts wird benannt, dass durch eine Verlängerung der ambulanten Psychotherapie bei stark belasteten PatientInnen eine erhebliche Symptomreduktion erreicht werden konnte. Diese zitierte Studie von Altmann et al. (2014) benennt unser Anliegen, dass die Höchstgrenzen für massiv belastete PatientInnen geändert und nach oben korrigiert werden muss. Eine Verlängerung obliegt hier nämlich der Willkür der Krankenkassen und wird sehr oft nicht gewährt. Hier muss die gesetzliche Grundlage für eine bedarfsgerechte psychotherapeutische Behandlung von massiv belasteten PatientInnen geschaffen werden.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Birgit Kleim PhD
Vorsitzende der DeGPT e.V.

vertraulich

Spitzenverband

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands vom 03.05.2021

zum Vorbericht „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ des IQTIG

vertraulich

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
www.gkv-spitzenverband.de

Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung 3

II. Hintergrund 5

III. Allgemeine Stellungnahme 6

IV. Detaillierte Stellungnahme 10

IV.1 Zur Methodik der Entwicklung der Qualitätsindikatoren aus den Qualitätsaspekten 10
IV.2 Zu den entwickelten Qualitätsindikatoren (Kapitel 6 und Indikatorenset 1.0) 13
IV.3 Umsetzungs- und Auswertungskonzept (Kapitel 7) 17

Literatur 20

vertraulich

I. Zusammenfassung

Das IQTIG hat am 22. März 2021 den Vorbericht zur Entwicklung von sozialdatenbasierten und/oder leistungserbringerdokumentierten Qualitätsindikatoren für das geplante QS-Verfahren „Ambulante Psychotherapie“ vorgelegt. Das Verfahren ist sektorspezifisch angelegt, und soll unter dem Dach der DeQS-RL diagnose- und therapieverfahrensübergreifend patientenrelevante Aspekte der Versorgungsqualität messen, Transparenz schaffen und einen Leistungserbringervergleich ermöglichen. Mit der Beauftragung im Mai 2018 wurde dem IQTIG aufgegeben, Indikatoren für eine fallbezogene QS-Dokumentation und eine Patientenbefragung zu entwickeln und zu prüfen, ob und wie neben der Prozess- auch Ergebnisqualität abgebildet werden kann.

Der vorliegende Bericht umfasst die Entwicklung der fallbezogen vom Leistungserbringer zu dokumentierenden Qualitätsindikatoren des künftigen Verfahrens (sog. „Klassik“-Modul). Ausgangspunkt waren die Qualitätsaspekte, die bereits im ersten Bericht des IQTIG zum Qualitätsmodell für das Verfahren vorgestellt wurden (IQTIG 2019b). Besondere Herausforderungen des Verfahrens sind neben den zusätzlichen Eignungskriterien „Diagnoseunabhängigkeit“ und „Verfahrensunabhängigkeit“ für die Indikatoren auch die niedrigen einrichtungsbezogenen Fallzahlen bei gleichzeitig sehr hoher Gesamtanzahl an sowohl Leistungserbringern (28.000) als auch Patienten (1,3 Mio. Jahresprävalenz).

Von den 12 identifizierten Qualitätsaspekten sollten fünf Aspekte in Teilen und ein Aspekt – „Diagnostik“ – vollständig durch die fallbezogene QS-Dokumentation abgebildet werden. Es wurden insgesamt 9 Qualitätsindikatoren entwickelt, die neben der Diagnostik z.B. die Vereinbarung von Therapiezielen, das Monitoring der Therapieziele und die Gestaltung der Abschlussphase der Therapie adressieren. Ergebnisqualität wurde lediglich als Dokumentation, dass Ergebnisse auf eine sehr weit gefasste Art und Weise erfasst wurden, berücksichtigt.

Kritisch ist zu sehen, dass die vorgeschlagenen Indikatoren sich weitestgehend auf sehr basale, selbstverständlich anmutende Prozessparameter beziehen. Zusätzlich lässt die Operationalisierung der Indikatoren sehr große Spielräume. „Outcome“ wird nicht als Ergebnisqualitätsindikator operationalisiert, sondern als Prozessindikator, d.h. als Anforderung zu dokumentieren, dass Therapieergebnisse auf irgendeine nicht vorgegebene Art und Weise erfasst wurden.

Angesichts der vorgelegten Indikatoren könnte ggf. eine Einrichtungsbefragung eine Alternative zur fallbezogenen Dokumentation sein. Anstelle einer aufwändigen Einzeldokumentation könnte sie die Umsetzung von basalen Therapiestandards übergreifend und ohne konkreten Fallbezug erfragen, ohne dass die Validität der Ergebnisse im Vergleich mit einer fallbezogenen Dokumentation

vertraulich

maßgeblich verringert würde. Sie könnte möglicherweise mit einem besseren Aufwand-Nutzen-Verhältnis diejenigen Einrichtungen identifizieren, die die entsprechenden Qualitätsanforderungen nicht kennen oder nicht anwenden. Auch der gewünschte Effekt der Sensibilisierung für diese Anforderungen könnte ebenso wie mit einer fallbezogenen QS-Dokumentation erreicht werden.

Insgesamt stellt sich das künftige Verfahren zu Ambulanten Psychotherapie für den GKV-Spitzenverband als ein Verfahren dar, bei dem die Patientenbefragung die bedeutendere Rolle hinsichtlich der Herstellung von Transparenz und der Qualitätsförderung zukommen wird, im Verhältnis zu den klassischen dokumentationsbasierten/selbstberichteten Indikatoren der Leistungserbringer. Die Befragung deckt wichtige, patientenrelevante Prozess- und Ergebnisparameter durch erwartbar valide Indikatoren ab. Da das IQTIG explizit beauftragt war, Indikatoren für eine fallbezogene Erfassung zu entwickelt, ist das Konzept des IQTIG zunächst auftragsgemäß sachgerecht. Dennoch spricht sich der GKV-Spitzenverband auf Basis der dargelegten Überlegungen zu den Eigenschaften der „Klassik“-Indikatoren und zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis dafür aus, nochmals im Rahmen einer Gesamtbewertung abzuwägen, ob eine Einrichtungsbefragung hinsichtlich der Selbstauskunft über eine Durchführung basaler Prozesse als weniger aufwändige Alternative zur fallbezogenen Abfrage in Betracht gezogen werden sollte.

vertraulich

II. Hintergrund

Das IQTIG wurde am 17.5.2018 vom G-BA mit der Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung beauftragt. Ausgangspunkt der Verfahrensentwicklung war die vom AQUA-Institut am 13.10.2015 vorgelegte Konzeptskizze, die vom IQTIG hinsichtlich der zu berücksichtigenden Qualitätsaspekte und -ziele aktualisiert werden sollte. Hierbei sollte auch die im November 2016 aktualisierte Psychotherapie-Richtlinie berücksichtigt werden.

Ziel der Beauftragung ist ein QS-Verfahren für die ambulant durchgeführte Richtlinienpsychotherapie einschließlich einer Patientenbefragung zu entwickeln, d.h. Indikatoren, Instrumente und Empfehlungen zur Umsetzung im Regelbetrieb unter dem Dach der DeQS-RL. Die vorzuschlagenden Indikatoren und Instrumente sollen unabhängig von Diagnosen und den verschiedenen Therapieverfahren einsetzbar sein und neben Prozessqualität möglichst auch die Ergebnisqualität abbilden können. Das beauftragte Instrument „fallbezogene QS-Dokumentation“ sollte kompakt und fokussiert angelegt sein. Eingeschlossen waren zunächst lediglich die drei zum Zeitpunkt der Beauftragung als GKV-Leistung möglichen Therapieverfahren Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie. Mit der Aufnahme der Systemischen Therapie in die Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2019 verbindet sich der Auftrag, bei allen Indikatoren auch die Übertragbarkeit auf dieses Therapieverfahren mit zu prüfen. Die Ergebnisse und Erkenntnisse zur Versorgungsqualität sollen für den Einrichtungsvergleich geeignet sein, Verbesserungspotenziale identifizieren und dazu beitragen, die notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten mit ambulanter Psychotherapie zu sichern.

vertraulich

Im Vergleich mit den bereits etablierten QS-Verfahren weist das geplante QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie eine Reihe von Besonderheiten und Herausforderungen auf: Es soll letztlich vier verschiedene Therapieverfahren und mehrere Settings (Gruppen- und Einzeltherapie) sowie zahlreiche unterschiedliche Diagnosen berücksichtigen, die Behandlungsverläufe sind häufig lang und heterogen, und die ambulante Versorgungsstruktur ist geprägt von einer Vielzahl ärztlicher und psychologischer Praxen (28.000 Leistungserbringer laut Bericht) mit einrichtungsbezogen meist geringen Fallzahlen, in der Gesamtsumme jedoch einer extrem großen Patientenzahl von bundesweit ca. 1,3 Millionen.

Einen ersten Bericht zur Entwicklung des Qualitätsmodells hatte das IQTIG im Februar 2019 vorgelegt (IQTIG 2019b). Demzufolge wurden 12 Qualitätsaspekte identifiziert, darunter ein Aspekt zur Ergebnisqualität. Ein weiterer Bericht zur Entwicklung der Patientenbefragung folgte im März

2020 (noch unveröffentlicht), die Fertigstellung der Befragung ist zum 31. August 2021 geplant. Der vorliegende Vorbericht zum „Klassik“-Modul des Verfahrens stellt den aktuellen Stand der Indikatorentwicklung jenseits der Befragung dar und gibt den berechtigten Organisationen die Möglichkeit, dazu Stellung zu nehmen.

III. Allgemeine Stellungnahme

Vor dem Hintergrund der genannten Herausforderungen – hohe Heterogenität der Diagnosen, der Behandlungen, sehr hohe Anzahl von Leistungserbringern von Patienten – hat das IQTIG den Auftrag grundsätzlich erfüllt und ein gut begründetes Konzept, basierend auf dem explizit vom G-BA vorgegebenen Instrument der fallbezogenen QS-Dokumentation, entwickelt.

Unter Berücksichtigung der allgemeinen sowie der beauftragungsspezifischen Eignungskriterien wurden 9 Qualitätsindikatoren für die fallbezogene QS-Dokumentation entwickelt. Diese bilden 6 von den 11 Qualitätsaspekten im Qualitätsmodell ab, wobei dieselben Qualitätsaspekte teilweise – hinsichtlich anderer Qualitätsmerkmale – zusätzlich von der Patientenbefragung adressiert werden.

Prinzipiell beziehen sich die vorgeschlagenen Indikatoren auf Qualitätsziele, die aus Sicht des GKV-Spitzenverbands gut nachvollziehbar sind. Für die fallbezogene QS-Dokumentation sind ausschließlich Prozessqualitätsindikatoren entwickelt worden, während die Ergebnisqualität im Ergebnis des Prüfauftrags aller Voraussicht nach mittels *patient reported outcomes (PROMs)* erfasst werden wird.[1]

Dennoch kann aus Sicht des GKV-Spitzenverbands das vom IQTIG entwickelte Konzept bei Betrachtung der oben skizzierten Versorgungsstrukturen kritisch diskutiert werden. Dies betrifft zum einen die Eigenschaften bzw. die Operationalisierung der empfohlenen Indikatoren (1). Vor allem jedoch sollten die Möglichkeiten der praktischen Umsetzung unter Aufwand-Nutzen-Gesichtspunkten nochmals geprüft werden (2). Angesichts methodischer Limitationen bezüglich der Aussagekraft der zu dokumentierenden Prozessindikatoren und des hohen Aufwands, der für die Verfahrensdurchführung dauerhaft entstehen würde, könnte eine Umstellung des Konzepts von der fallbezogenen auf eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation erwogen werden.

[1] Siehe unveröffentlichter Zwischenbericht des IQTIG zur Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie (2020).

vertraulich

Zu 1) Die Indikatoren bilden wichtige und grundlegende Standardprozesse der Versorgung ab, die im Prinzip in jeder Psychotherapie eingehalten werden sollten. Die Operationalisierung lässt allerdings so viel Spielraum in der Umsetzung, dass die so erreichbaren Qualitätsaussagen bzw. Erkenntnisse zur Versorgungsqualität relativ vage oder in hohem Maße unspezifisch sein werden. Eine Förderung der „Ergebnisorientierung“ durch die fallbezogenen QS-Dokumentationspflichten, wie sie im Bericht postuliert wird (S. 140), ist zumindest direkt über Outcome-Messungen nicht erkennbar, sondern allenfalls über die Abfrage von Prozessen bzw. deren Dokumentation zum Festlegen von Therapiezielen und dem Monitoring des Therapiefortschritts.

Bei den Qualitätsanforderungen handelt es sich um Minimalstandards. So adressiert beispielsweise der Qualitätsindikator „Umfassendes diagnostisches Gespräch“ folgende Inhalte: Erhebung der Symptomatik, ausführliche (biografische) Anamnese, Erhebung psychischer Komorbiditäten, Erhebung somatischer Komorbiditäten, Medikamentenanamnese, Erhebung der Behandlungsgeschichte usw. (S.81 bzw. Indikatorenset 1.0). Zur Begründung werden Leitlinienvorgaben herangezogen – dabei handelt es sich doch um Grundkenntnisse der Anamneseführung, sozusagen das selbstverständliche Handwerkszeug eines Psychotherapeuten/einer Psychotherapeutin. Es ist aus methodischer Sicht sehr kritisch zu hinterfragen, wie hoch die Validität der Antworten sein wird, denn welcher Psychotherapeut oder welche Psychotherapeutin wird ankreuzen, dass bei einem Patienten kein umfassendes diagnostisches Gespräch stattgefunden hat. Insofern liegt es nahe zu hinterfragen, ob solche generischen prozessbezogenen Selbstauskünfte für jeden Einzelfall dokumentiert werden müssen, oder ob diese Standards nicht mit vergleichbarer Validität in jährlichen „Einrichtungsbefragungen“ erhoben werden können.

In jeder Psychotherapie, die als Versicherungsleistung solidarisch finanziert wird, ist ein strukturiertes Vorgehen zu erwarten, in dem Sinne, dass u.a. eine Anfangsdiagnostik erfolgt (s.o.), dass Behandlungsziele festgelegt und deren Erreichen im Behandlungsprozess auch verfolgt und dokumentiert wird, und dass ein Behandlungsergebnis erfasst und besprochen wird. Dies spiegelt sich in den in verschiedenen gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben enthaltenen Sorgfalts- und Dokumentationspflichten und z.B. auch in den sehr ähnlich gefassten aktuellen Dokumentationsempfehlungen der Bundespsychotherapeutenkammer vom November 2020 (BPtK 2020) wieder. Daher sieht der GKV-Spitzenverband das Risiko, dass viele Therapeutinnen und Therapeuten die betreffenden Prozesse als Selbstverständlichkeiten betrachten, deren recht aufwändige zusätzliche Dokumentation dadurch mit Akzeptanzproblemen einhergehen könnte.

Die Indikatoren erscheinen zudem relativ undifferenziert in der Operationalisierung. Dies betrifft konkrete Vorgaben, die etwa Zeitpunkt (z.B. wann und wie oft soll über Therapieziele und deren

vertraulich

Erreichung gesprochen werden) oder Inhalte (sollen standardisierte Instrumente z.B. zur Diagnostik oder Bewertung des Therapieverlaufs/-erfolgs eingesetzt werden) betreffen. Beispiele hierfür sind die undefinierte „Anfangsphase der Behandlung“, in der die Diagnostik (2 Indikatoren) und die Therapiezielvereinbarung (1 Indikator) zu erfolgen haben, oder die fehlenden Vorgaben zur Kooperation (wann, wie, mit wem).

In den Beratungen des Expertengremiums, wie sie im Bericht wiedergegeben werden (Kap. 5), wird immer wieder deutlich, dass sich zumindest Teile des Gremiums gegen weitergehende konkretere Vorgaben aussprechen, mit dem Argument, dass die betreffende Anforderung in der jeweiligen Therapeuten-Patienten-Dyade individuell und flexibel umgesetzt werden müsste. Hierbei bestehen offensichtlich erhebliche Unterschiede zwischen den Vertretern der einzelnen Therapieverfahren hinsichtlich der Inhalte und Umsetzung der Qualitätsanforderungen. Eine konkretere Operationalisierung durch das IQTIG als letztlich entscheidende Instanz erfolgte – aus Sicht des GKV-Spitzenverbands bedauerlicherweise – nicht.

Insgesamt werfen die vorgeschlagenen Indikatoren Fragen zur Validität und Aussagekraft auf: aufgrund ihrer Operationalisierung, und aufgrund ihres Charakters als überwiegend Mindeststandards, die letztendlich bei jedem Behandlungsfall anzuwenden sind sind. Dies wird sehr wahrscheinlich Deckeneffekte erzeugen. Eine fallbezogene Qualitätssicherung, die aufgrund methodischer Limitationen der vorgeschlagenen Indikatoren potentiell keine differenzierten QS-Aussagen erwarten lässt, sollte im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens vor Abgabe einer abschließenden Empfehlung durch das IQTIG hinterfragt und ggf. bezüglich der Ausgestaltung der Umsetzung angepasst oder Alternativen vorgeschlagen werden. Diese könnten entweder in einer verstärkten Datenvalidierung vor Ort oder in einer Umstellung der Erhebung im Sinne einer Einrichtungsbefragung bestehen.

Eine stichprobenhafte Validierung von Angaben anhand von einzelnen Patientenakten, wird vom IQTIG als bedeutsam für die Aussagekraft der Indikatoren gesehen (S. 119: „… die Validität der Messung sowie die Datenqualität als relativ hoch eingeschätzt [wird], sofern eine stichprobenartige Datenvalidierung anhand der Primärdokumentation beim Leistungserbringer erfolgen kann“). Angesichts der großen Anzahl von Leistungserbringern und der umfangreichen Primärdokumentationen ist allerdings zu berücksichtigen, dass solche Prüfungen nur bei einer sehr geringen Stichprobe von Einrichtungen praktisch realisierbar sein werden. Das IQTIG wird daher darum gebeten, Kalkulationen zur Prüfquote (bezogen auf Einrichtungen und auf Fälle pro Jahr) zur Validierung der fallbezogenen Daten unter Berücksichtigung der Versorgungsstruktur zu ergänzen, sowie die Umsetzbarkeit der Datenvalidierung auf Landesebene durch die LAGen einzuschätzen.

vertraulich

Zu 2) Das Aufwand-Nutzen-Verhältnis der fallbezogenen QS-Dokumentation erscheint angesichts der limitierten Aussagekraft der Indikatorergebnisse und des relativ hohen Aufwands für die patientenbezogene Erfassung ungünstig. Gegebenenfalls könnten dieselben geforderten Standardprozesse über eine Einrichtungsbefragung mit deutlich weniger Aufwand bei ähnlichem Nutzen erfasst werden.

Hierfür müsste die Operationalisierung der Indikatoren noch einmal grundlegend verändert werden. Als Beispiel sei der Indikator zu Therapiezielen genannt: statt der auf die einzelne Behandlung bzw. den einzelnen Patienten bezogenen Frage „Wurden in der Anfangsphase der Behandlung individuelle Therapieziele vereinbart?“ würde mit einer Einrichtungsbefragung fallübergreifend abgefragt: „Werden mit jedem Patienten in der Anfangsphase… Therapieziele vereinbart?“ Im Vergleich mit der fallbezogenen QS-Dokumentation ist die Spezifität der Angaben dann zwar als etwas geringer einzuschätzen, da nun eine pauschale Angabe des Therapeuten über alle seine Patienten genügt. Dabei könnte ggf. ähnlich wie bei QS WI auch eine Indexbildung geprüft werden.

Einschränkungen hinsichtlich der Validität der Indikatoren bestehen nach Auffassung des GKV-SV jedoch auch bei einer fallbezogenen Dokumentation, wie oben ausführlich dargestellt (Ein Verneinen der Frage „Wurden in der Anfangsphase der Behandlung individuelle Therapieziele vereinbart?“ ist kaum zu erwarten). Indikatoren zur Outcome-Messung, die tatsächlich nur fallbezogen sinnvoll umzusetzen wären, sind nicht vorgelegt worden.

Der Effekt der Sensibilisierung und Edukation, neben Transparenz und externer Qualitätsförderung ein wichtiger genereller Nutzenaspekt in der Qualitätssicherung, könnte voraussichtlich durch beide Abfragemodi – fall- oder einrichtungsbezogen- erzielt werden. Die Einrichtungsbefragung könnte jedoch nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbands mit wesentlich geringerem Aufwand durchgeführt werden, da sie nur einmal jährlich und zusammenfassend für alle Patienten erfolgt. Zudem könnte sie Synergieeffekte hinsichtlich des Zeitpunkts und des Datenflusses mit der geplanten zukünftigen Abfrage von Strukturqualitätsmerkmalen stattfinden. Bei der vorgeschlagenen fallbezogenen Dokumentation würden je Fall 77 Datenfelder benötigt werden, womit der Dokumentationsaufwand im Vergleich mit den anderen DeQS-Verfahren im oberen Drittel läge. Die Datenvalidierung könnte weiterhin sinnvoll durch Abgleiche der fallübergreifenden QS-Dokumentation mit Stichproben der Einzelfälle, d.h. anhand der Patientenakten, erfolgen.

In die Abwägung müsste jedoch auch einbezogen werden, dass eine fallbezogene Dokumentation und Datenexport aufgrund der geplanten Patientenbefragung dennoch notwendig sein wird. Sie wäre jedoch wesentlich weniger umfangreich als die Dokumentation für die Indikatoren.

vertraulich

Insgesamt stellt sich für den GKV-Spitzenverband die Frage, ob mittels einer Einrichtungsbefragung ein gleicher oder ähnlich hoher Nutzen bei wesentlich verringertem Aufwand erzielt werden könnte. Dies wäre eine gravierende Änderung im Verhältnis zu der damaligen Beauftragung, die explizit die fallbezogene QS-Dokumentation als Erfassungsinstrument vorsieht. Dennoch erscheint für den GKV-Spitzenverband bei Betrachtung der konkret vorgeschlagenen Indikatoren zumindest eine erneute Überprüfung und Abwägung von Aufwand und Nutzen hinsichtlich des Erfassungsinstruments angezeigt.

IV. Detaillierte Stellungnahme

IV.1 Zur Methodik der Entwicklung der Qualitätsindikatoren aus den Qualitätsaspekten

Von den ins Qualitätsmodell selektierten 11 Qualitätsaspekten sollten nach Einschätzung des IQTIG 6 Qualitätsaspekte zumindest in Teilen durch das Instrument der fallbezogenen QS-Dokumentation abgebildet werden, ergänzt von der Patientenbefragung. Lediglich der Aspekt „Diagnostik“ wird durch die fallbezogene QS-Dokumentation allein adressiert.

Entsprechend den in seinen Methodischen Grundlagen (IQTIG 2019a) enthaltenen Standards hat das IQTIG 9 Qualitätsindikatoren für die fallbezogene QS-Dokumentation entwickelt. Die zugrundeliegenden Informationen – Leitlinienempfehlungen, Literatur, Fokusgruppen und Beratungen des Expertengremiums – sind insgesamt gut nachvollziehbar dargestellt. Im Ergebnis liegen ausschließlich Prozessqualitätsindikatoren vor.

Es fällt auf, dass für einige Themen bei der aktualisierenden Literaturrecherche eine systematische Recherche, für andere (Ergebnisqualität und Risikofaktoren/Risikoadjustierungsvariablen) jedoch nur eine „orientierende“ Recherche (mit Snowball-Methode) durchgeführt wurde (Kap. 3.1 und 3.2). Dies sollte begründet werden.

Ergebnisqualität

Für die Ergebnisqualität gilt gemäß der Beauftragung ein Prüfauftrag, da hierbei besondere Herausforderungen bereits erwartet wurden. Diese werden in Kapitel 5.6 relativ ausführlich dargestellt: Ergebnisqualität sei bei nicht-somatischen Behandlungen schwieriger zu messen als objektiv beobachtbare somatische Parameter wie z.B. Komplikationen, sie könne in der Einschätzung zwischen Patient und Therapeut differieren, möglicherweise lizenzpflichtige Instrumente sollen in der gesetzlichen QS vermieden werden und angesichts der Heterogenität der einbezogenen Diagnosen sei die Festlegung von übergreifenden Outcomes ggf. schwierig.

vertraulich

Nichtsdestotrotz werden Ergebnisse und Outcomes von Psychotherapien bereits gemessen, z.B. mithilfe von Messinstrumenten vor und nach der Therapie (s. S. 113, sog. Core-Outcome Sets S. 111). Auch das Expertengremium der Patientenbefragung zur ambulanten Psychotherapie kam zu dem Ergebnis, dass „Outcome“, hier als „*patient reported outcome*“ für die Qualitätsmerkmale Verbesserung der Lebensqualität, Verbesserung der (sozialen) Teilhabe, Fertigkeiten und Strategien zur Krankheitsbewältigung, erfassbar ist und für die gesetzliche Qualitätssicherung verwendet werden kann.

Umso mehr erstaunt es, dass das Ergebnis der Prüfung im vorliegenden Entwicklungsbericht ist, dass das Outcome in den Qualitätsmerkmalen Verbesserung der Symptomatik, Erreichen individuell gesetzter Therapieziele, Verbesserung der Funktionalität nicht erfassbar ist und keine leistungserbringerdokumentierten Ergebnisqualitätsindikatoren gefunden werden konnten. Die o.g. Qualitätsmerkmale zum Aspekt „Outcome “wurden außerordentlich kontrovers“ im Expertengremium diskutiert (siehe S. 115). „Ein möglicher Konsens ist, dass es nicht zielführend sei, verpflichtende Dimensionen für alle Verfahren und Diagnosen für die Outcome-Erhebung festzulegen (S. 116). Im Ergebnis spricht sich das Expertengremium gegen eine Erhebung konkret vorgegebener Outcomes aus und kommt zu dem Schluss, dass „im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung zunächst der Prozess der Ergebniserfassung als Standard der Versorgung etabliert werden soll“ (S. 117).

Hier scheint der mehrfach im Expertengremium ausgebrochene „Schulenstreit“ zwischen den einzelnen wissenschaftlich anerkannten Verfahren zur Einigung auf den minimalen gemeinsamen Nenner geführt zu haben. Für die Qualitätssicherung, den Schutz der Patienten und den GKV-Spitzenverband ist dies ein sehr unbefriediendes Ergebnis. Die Messlatte liegt hier deutlich zu tief. Letztlich hat jede Psychotherapie das Ziel, die Erkrankungsschwere des Patienten zu verbessern, so dass dies auch messbar sein und tatsächlich gemessen werden sollte. Dies gilt es also im Rahmen der Qualitätssicherung abzubilden, denn der Patient, seine psychische Erkrankung selbst und später sichtbare Behandlungsergebnisse sind objektiv unabhängig von Therapieschulen. Umso bedeutender erscheint an dieser Stelle die Rolle der Patientenbefragung, in der „Outcome“ voraussichtlich durch mehrere Qualitätsindikatoren abgedeckt sein wird.

Eine Erläuterung zu den unterschiedlichen Einschätzungen der zwei Expertengremien wäre in jedem Falle wünschenswert.

Beratung durch das Expertengremium (Kap. 3.5 und 5):
Bei der Zusammenstellung des Expertengremiums wurde die Systemische Therapie bzw. deren Vertreter bereits berücksichtigt. Das Gremium erscheint hinsichtlich der beruflichen Tätigkeiten und Verfahrensrichtungen ausgewogen zusammengesetzt.

vertraulich

Laut Bericht und entsprechend den Methodischen Grundlagen bewerteten die Experten die Qualitätsmerkmale nach allgemeinen Eignungskriterien „Verbesserungspotenzial“ und „Zuschreibbarkeit der Verantwortung“ (S. 56), sowie zusätzlich nach den beauftragungsspezifischen Kriterien „Diagnose- und Therapieverfahrensunabhängigkeit“ und „Anwendbarkeit auf die Systemische Therapie“. In weiteren Treffen wurden die Indikatoroperationalisierungen und letztlich die Ausgewogenheit „der Qualitätsindikatoren“ auf Überschneidungen und Indexbildung usw. diskutiert.

Neben der Verfahrens- und Diagnoseunabhängigkeit, die offenbar bei mehreren Indikatoren ein kontroverses Thema war, erscheint hierbei die Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer, eines der allgemeinen Eignungskriterien gemäß den Methodischen Grundlagen, als besondere Herausforderung. Wie bereits in früheren Stellungnahmen dargestellt, fehlt es hier weiterhin an einem Konzept bzw. an Kriterien, anhand derer man bestimmen kann, ob das Ergebnis „im Wesentlichen“ einem Leistungserbringer zugeschrieben werden kann, und wenn nicht, wie mit mehreren involvierten Leistungserbringern im Rahmen der Analyse und Qualitätsförderung umgegangen werden kann. Dies sollte zeitnah entwickelt werden, u.a. da im Rahmen der Nachbeauftragung für Gruppentherapien noch komplexere Konstellationen der Leistungserbringung ins Verfahren einbezogen werden könnten, aber auch aufgrund der prinzipiellen Bedeutung dieser Frage in der Qualitätssicherung.

Im Rahmen der abschließenden Beratungen der Experten und des IQTIG über die entwickelten Qualitätsindikatoren scheint es keine modulübergreifende Einschätzung des Gesamt-Indikatorensets gegeben zu haben, d.h. eine Einschätzung, die auch die noch in Entwicklung befindlichen Indikatoren der Patientenbefragung miteinschließt. „Eine abschließende Beurteilung kann jedoch immer erst bei Vorliegen aller Indikatoren aller Instrumente, insbesondere der Patientenbefragung, erfolgen.“ (S. 57) Da die Entwicklung der Patientenbefragung im August 2021 abgeschlossen werden soll und die Indikatoren vermutlich bereits annähernd feststehen, wäre eine solche Gesamtbetrachtung wünschenswert gewesen. Letztlich wird das IQTIG beauftragt, ein Verfahren zu entwickeln, das verschiedene Instrumente beinhaltet und das insgesamt effizient und praktikabel aufgebaut sein muss.

Empfohlene Datenquellen für die Indikatorenberechnung

Beauftragungsgemäß wurden Indikatoren für die fallbezogene QS-Dokumentation entwickelt. Wie bereits oben ausführlicher dargelegt erscheint es aus Sicht des GKV-Spitzenverbands nun, wo die Indikatoren inhaltlich vorliegen, dennoch angebracht, noch einmal über die Nutzung alternativer Erfassungsinstrumente mit Blick auf das Aufwand-Nutzen-Verhältnis des Verfahrensmoduls zu beraten.

vertraulich

Zur Nutzung von Sozialdaten schreibt das IQTIG (S. 64), dass sozialdatenbasierte Indikatoren wegen fehlender spezifischer GOPs nicht entwickelt werden konnten. Eine besser nachvollziehbare Erläuterung hierzu wäre wünschenswert. Weshalb ist es z.B. nicht möglich, Ergebnisqualität beispielsweise als Hospitalisierungsraten aufgrund von F-Diagnosen nach Therapieende zu erfassen, oder Veränderungen in Arbeitsunfähigkeitszeiten?

IV.2 Zu den entwickelten Qualitätsindikatoren (Kapitel 6 und Indikatorenset 1.0)

Wie oben bereits zusammenfassend dargestellt, erscheinen die Indikatoren zwar inhaltlich, d.h. hinsichtlich des Qualitätsziels, sinnvoll und bedeutsam für die Behandlungsqualität; problematisch an den vom IQTIG vorgelegten Empfehlungen erscheint jedoch vor allem, dass ein großer Teil der Indikatoren aufgrund der geplanten Erfassungsmethodik nur absolute Minimalstandards fordert und erfasst und somit in relevantem Umfang voraussichtlich wenig valide Ergebnisse bzw. zum Positiven verzerrte Ergebnisse und statistische Deckeneffekte erzeugen wird. Die Operationalisierung ist zudem wenig differenziert, so dass insgesamt die Aussagekraft und somit ihr Nutzen limitiert erscheint. Eine kritische Reflexion des IQTIG hierzu fehlt hierzu und sollte ergänzt werden.

Bei mehreren Indikatoren fällt auf, dass die Erfüllung der Anforderung selbst und die Dokumentation getrennt erfragt werden. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbands könnte dies gemeinsam mit 1 Item erfasst werden.

Die folgende Tabelle gibt einen orientierenden Überblick über die inhaltlichen Aspekte, die auch bei einer Ummodellierung der Indikatoren zu einrichtungsbezogenen Abfrage relevant wären.

Qualitätsaspekt 1: Diagnostik	
1.1 Umfassendes diagnostisches Gespräch	Für beide Indikatoren gilt, dass es aus den Fokusgruppen und den empirischen Daten Hinweise auf Qualitätsdefizite gibt und seitens der Leitlinien klare Empfehlungen. Dennoch ist es im Expertengremium nicht gelungen einen Konsens für eine klare konkrete Operationalisierung zu erzielen. Beim Indikator „Umfassendes diagnostisches Gespräch“ fehlt etwa die Festlegung, wann die „Anfangsphase“ endet und somit die Anforderung samt Dokumentation erfüllt werden muss. Dies sollte nachgeholt werden. Ferner ist eine Diagnostik Voraussetzung für die Behandlung und damit ein Standard, der auf alle Patienten und nicht auf

vertraulich

	„möglichst alle“ zutreffen sollte. Die wenigen denkbaren Ausnahmen wären vom Referenzbereich abgedeckt. Mit welchen Ergebnissen rechnet das IQTIG hier, die sinnvoll für eine fallbezogene Qualitätssicherung genutzt werden könnten? In dem Datensatz zur Dokumentation wurde darüber hinaus nur gefragt, ob die einzelnen anamnestischen und diagnostischen Punkte abgeklärt wurden, nicht aber, ob sie dokumentiert wurden. Dies kann in einer Frage erfasst werden.
1.2 Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten	Auch hier gilt, dass es aus den Fokusgruppen und den empirischen Daten Hinweise auf Qualitätsdefizite gibt und seitens der Leitlinien klare Empfehlungen. Dennoch ist es im Expertengremium nicht gelungen einen Konsens für eine klare konkrete Operationalisierung zu erzielen. Auch hier fehlt die Festlegung, wann die „Anfangsphase“ endet und somit die Anforderung samt Dokumentation erfüllt werden muss. Dies sollte nachgeholt werden. Das Expertengremium konnte sich weder auf die Anwendung indikationsunabhängiger noch indikationsabhängiger Testverfahren einigen, sondern nur auf darauf, dass ein Instrument angewendet werden sollte. Dabei kann ein Instrument auch ein strukturiertes klinisches Interview sein. Es sollte hier definiert werden, was hier unter einem strukturierten klinischen Interview/ Gespräch zu verstehen ist, um nicht falsch positive Antworten zu erhalten. Auch die Definition eines angemessenen Testverfahrens bleibt dem Ausfüllenden überlassen und ist damit völlig beliebig. Wie beim vorangehenden Merkmal ist auch die Anwendung von Instrumenten ein Standard, der auf alle Patienten, nicht auf „möglichst alle“ zutreffen sollte. Die wenigen denkbaren Ausnahmen wären vom Referenzbereich abgedeckt. In dem Datensatz zur Dokumentation gibt es jeweils ein Feld für die Frage, ob ein Instrument angewendet wurde und eine Frage dafür, ob dies dokumentiert wurde. Dies kann in einer Frage erfasst werden.

vertraulich

Qualitätsaspekt 2: Therapiezielvereinbarung	
2.1. Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen	Auch hier trifft die Kritik zu, dass die Operationalisierung („Anfangsphase“) unkonkret ist. Die Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen ist ein Standard – trotz unterschiedlicher verfahrensbedingter Herangehensweisen. Eine Vereinbarung von Therapiezielen – wo will man hin?, was soll sich ändern? – am Anfang einer Therapie ist selbstverständlich – ebenso wie es selbstverständlich ist, dass sich diese im Verlauf der Therapie ändern können. Entsprechend fehlt hier die Festlegung, wann die „Anfangsphase“ endet und somit die Anforderung samt Dokumentation erfüllt werden muss. Dies sollte nachgeholt werden. Die o.g. Inhalte implizieren auch, dass nach Ansicht des GKV-Spitzenverbands dieses Qualitätsziel für „möglichst alle“ statt „möglichst viele“ Patienten erreicht werden sollte. In dem Datensatz zur Dokumentation sollten die Fragen zur Anwendung und zur Dokumentation zusammengeführt werden.
Qualitätsaspekt 3: Erfassen und Besprechen des Therapiefortschritts im Verlauf	
3.1. Reflexion des Therapieverlaufs 3.2 Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf	Die Experten konnten sich hier auf keine Zeitpunkte im Verlauf der Therapie für eine solche Reflexion, auch instrumentengestützt, einigen. Dies sieht der GKV-Spitzenverband kritisch, da eine solche Reflexion auch im Zusammenhang mit der geplanten Therapiedauer zu sehen ist und generell als Meilenstein, über bisher Erreichtes und über das weitere Vorgehen zu reflektieren. Eine solche Reflexion des Therapieverlaufs ist für alle Patienten anzustreben: • Die Leitlinien empfehlen eine therapiebegleitende Evaluation, die – durchaus auch instrumentengestützt – die anfangs vereinbarten Therapieziele prüft und ggf. adjustieren hilft (S. 83).). • Der Einsatz von Messinstrumenten zum Monitoring des Fortschritts wurde dabei auch von der Fokusgruppe der Psychotherapeuten bei der Patientenbefragung hervorgehoben und anerkannt. Hier im klassik-Modul gilt im Grunde nichts Anderes.

vertraulich

	In dem Datensatz zur Dokumentation müssen die Fragen zur Anwendung und zur Dokumentation zusammengeführt werden.
Qualitätsaspekt 4: **Kooperation**	
4.1 Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten	Kooperation und Kommunikation zwischen dem Psychotherapeuten und weiteren Behandlern – wenn vorhanden – ist insbesondere bei schwerer erkrankten Patienten ein wichtiges Qualitätsziel. Daher ist zu fordern, dass der Bedarf danach immer, d.h. bei jedem Patienten geprüft wird, um die – auch gesetzliche gewünschte – kooperative Berufsausübung zu fördern. Auch dieser Indikator ist mit viel „Spielraum“ operationalisiert. Es werden keine Vorgaben zum Zeitpunkt oder zu Art, Inhalt und Häufigkeit der Kommunikation gemacht bzw. dies nicht erfragt. Die Antwortmöglichkeiten bei einigen Datenfeldern beinhalten zudem Angaben wie „Behandler war nicht erreichbar“ oder „Patient lehnte ab“, so dass der Indikator insgesamt als wenig aussagekräftig betrachtet wird. Hinzu kommt, dass bei der Entwicklung der Patientenbefragung (Zwischenbericht S. 146) postuliert wurde, dass die Verantwortungszuschreibung zum einzelnen Therapeuten nicht gegeben sei, was im vorliegenden Bericht zwar auch von den Experten angesprochen wird, jedoch nicht zum Ausschluss führte (S. 100). Diese unterschiedlichen Einschätzungen sollten noch einmal erläutert werden. In dem Datensatz zur Dokumentation müssen die Fragen zum Austausch und zur Dokumentation zusammengeführt werden.
Qualitätsaspekt 5: **Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes**	
5.1 Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie	Analog zum Therapiebeginn und zur Reflexion des Therapiefortschritts sollten auch bei der Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Abschlussphase geeignete Messinstrumente eingesetzt werden. Die Dokumentation des Erreichens der Therapieziele ist ein Minimalstandard und für alle Patienten zu fordern Die Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen ist ein Minimalstandard und muss für alle Patienten durchgeführt werden. Dazu gehört auch die nach § 14 PT-RL vorgesehene Rezidivprophylaxe. Die Dokumentation entspricht den üblichen Dokumentationspflichten. Der Indikator
5.2 Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen	

vertraulich

zur Absicherung des Behandlungsergebnisses	ist insofern wenig valide. Falsch-positive Ergebnisse dieser Selbstauskunft sind zu erwarten.
Qualitätsaspekt 6: Outcome	
6.1 Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie	Siehe dazu auch oben die allgemeineren Anmerkungen zur Ergebnisqualität. Die Herausforderungen dieses Qualitätsaspekts werden im Bericht ausführlich dargestellt und bestehen u.a. in der Verfahrens- und Diagnoseabhängigkeit, einer möglichen Divergenz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzungen, dem Zeitpunkt der Erfassung und möglichen Einflussfaktoren die außerhalb des Einflussbereichs des Therapeuten liegen. Ein Verbesserungspotenzial hinsichtlich systematischer Outcome-Erhebungen scheint klar feststellbar (S. 115) und „Wirksamkeit“ ist zudem auch eine Kerndimension des Qualitätskonzepts des IQTIG. Insofern ist es, wie oben bereits dargelegt, misslich und zudem unverständlich, dass das Expertengremium und das IQTIG keine systematische und alle Patienten umfassende Ergebnismessung vorschlagen können. Dass „zunächst der Prozess der Ergebniserfassung als Standard der Versorgung etabliert werden soll“ (S. 117) ist ein zu niedriger Erwartungshorizont und macht aus einem Qualitätsaspekt zur Ergebnisqualität einen Prozessqualitätsaspekt, der lediglich die Dokumentation der Ergebniserfassung auf eine nicht näher festgelegte Art und Weise beinhaltet, die somit erwartbar immer erfüllt werden wird. Der Indikator ist entsprechend zu unspezifisch und damit nicht valide und wird falsch positive Ergebnisse bzw. Deckeneffekte erzeugen.

vertraulich

IV.3 Umsetzungs- und Auswertungskonzept (Kapitel 7)

Das mögliche zukünftige Verfahren soll länderbezogen und als Vollerhebung (QS-Dokumentation für aller Patienten) durchgeführt werden (S. 123). Aufgrund der Versorgungsstruktur – viele Leistungserbringer mit relativ wenigen Patienten jeweils – ist dies nachvollziehbar.
Die Überlegungen des GKV-Spitzenverbands zur möglichen Umsetzung als einrichtungsbezogene QS-Dokumentation und zu Aufwand-Nutzen-Gesichtspunkten wurden bereits oben ausführlich dargelegt. Da dies erst Gegenstand zukünftiger Beratungen sein wird, beziehen sich die folgenden Anmerkungen auf das aktuell vorliegende Konzept wie im Bericht beschrieben.

Umsetzung der fallbezogenen QS-Dokumentation

Die nun vorgeschlagene Auslösung am Therapieende, die durch die Einführung entsprechender spezifischer GOP-Zusatzziffern im Jahr 2020 ermöglicht wird, erscheint sinnvoll. Gleichzeitig kann dadurch die Vollzähligkeitsprüfung erfolgen. Die fallbezogene QS-Dokumentation durch den Leistungserbringer soll prozessbegleitend, d.h. ab Beginn der Therapie, erfolgen, während die „Auslösung“ jedoch erst am Ende der Behandlung erfolgt (S. 125). Als Problem erscheint dies jedoch nicht, da den Einrichtungen klar sein sollte, welche Patienten einbezogen werden (alle Richtlinien-Therapien).
Eine weitere technische Besonderheit wäre die in der Regel lange Beobachtungszeit, so dass auch technisch eine entsprechende Softwarelösung für kalenderjahresübergreifende Dokumentation entwickelt werden muss. Es stellt sich die Frage, ob das bereits mit den Softwareanbietern besprochen wurde (S. 129)?

Zur Software-Nutzung in den psychotherapeutischen Praxen (S. 130): Die Empfehlung von KBV und Softwareanbietern, die QS-Software in die Abrechnungssoftware zu integrieren, erscheint nachvollziehbar, zumal bis zur möglichen Umsetzung des Verfahrens voraussichtlich eine lückenlose Abdeckung der Einrichtungen mit der Telematikinfrastruktur erreicht sein wird. Den weiteren Darstellungen auf den Seiten 130-132 zu Optionen der Datenerfassung und Datenübermittlung fehlt es jedoch am engen Bezug zum eigentlichen Problem: was ist der voraussichtlich akzeptabelste, effizienteste und sicherste Weg die QS-Daten digital zu erfassen und zu übermitteln? Verschiedene Optionen werden dargelegt, jedoch nicht im eigentlichen Sinne diskutiert. Aus unserer Sicht ist es Aufgabe des IQTIG, hier Vor- und Nachteile sowie ggf. Limitationen (z.B. gesetzliche Vorgaben für die Nutzungsmöglichkeiten der Telematik-Infrastruktur bezogen auf alle Beteiligten im Datenfluss) der verschiedenen Möglichkeiten zu beschreiben und daraus eine eigene Empfehlung abzuleiten, die der G-BA dann wie generell üblich bei der Verfahrensumsetzung berücksichtigt.

Auswertungskonzept

Ein zweijähriges Auswertungskonzept setzt Änderungen hinsichtlich der üblichen Abläufe bei der Erstellung, Beschlussfassung und Veröffentlichung der Spezifikation, Rechenregeln usw. sowie auch themenspezifisch abweichende Regelungen in der DeQS-RL voraus (S. 132). Diese Änderungen mit den erwartbaren Fristen sollte – im Vergleich mit dem bisherigen Turnus – im Abschlussbericht beschrieben werden.
Ebenso sollte im Abschlussbericht erörtert werden, aus welchen Gründen eine Bewertung der Ergebnisse und Einleitung von Stellungnahmeverfahren nur alle zwei Jahre als günstigste Option erscheint. Alternativ wären z.B. die Teilung der Leistungserbringer (LE) in zwei Gruppen und jährlich abwechselnde Qualitätsbewertung usw. denkbar gewesen. Im Vergleich mit dem vorgeschlagenen

vertraulich

Vorgehen wären die Qualitätsbewertungen und Stellungnahmeverfahren im Durchschnitt zeitlich näher am Erfassungszeitraum, denn so wie vorgeschlagen würden sich die nach und nach abzuarbeitenden Stellungnahmen bis ins 2. Jahr nach Erfassung der zugrundeliegenden Daten erstrecken. Die jährliche Berichterstattung hätte jedoch größere Unschärfen (bei 50 % der LE Ergebnisse vom Vorvorjahr, bei 50 % aktuelle Ergebnisse vom Vorjahr wie üblich). Die Vergleichbarkeit im Sinne eines Benchmarks, die als Argument angeführt wird (S. 132), wäre aus Sicht des GKV-Spitzenverbands bei beiden Optionen gegeben.

Hinsichtlich der Qualitätsförderung und der Stellungnahmeverfahren stellt die hohe Anzahl an Einrichtungen besondere Anforderungen an ein praktikables Umsetzungskonzept. Das IQTIG wird gebeten hierzu im Abschlussbericht konkrete Szenarien zu beschreiben, mit welcher Anzahl von Auffälligkeiten zu rechnen ist, denen auf Landesebene durch die LAGen nachgegangen werden muss. Das IQTIG soll in diesem Zusammenhang auch auf die Option der Verwendung von Indizes eingehen, um eine Qualitätsarbeit gemäß DeQS-RL auf Landesebene und auch Qualitätstransparenz handhabbar zu machen.

Berichtswesen

Zur Berichterstattung regt der GKV-Spitzenverband an, dass zusätzlich zu einer ggf. rollierenden Auswertung für die Zwischenberichte (S. 132) an die Leistungserbringer auch die Ergebnisse des Vorjahres (Erfassungsjahr 1 des Auswertungszeitraums) separat ausgegeben werden, um den Einrichtungen eine vorläufige Einschätzung ihrer Qualität und ggf. schon Anpassungen ihrer Prozesse noch vor Abschluss des Auswertungszeitraums zu ermöglichen.

Zudem erscheint es als ungünstig im Sinne einer als wirksam und transparent erlebten Qualitätssicherung, wenn die ersten Ergebnisrückmeldungen an die Leistungserbringer erst im dritten Verfahrensjahr übermittelt werden (Grafik S. 133). Daher sollte bereits über das erste Jahr ein orientierender Zwischenbericht erstellt werden. Die Empfehlung des IQTIG, keine quartalsweisen Zwischenberichte zu erstellen, ist nachvollziehbar (S. 134).

vertraulich

Literatur

IQTIG (2019a): Methodische Grundlagen V.1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barriere-frei_2019-04-15.pdf

IQTIG (2019b): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell. Erstellt im Auftrag des G-BA. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_QS-Verfahren-zur-ambulanten-Psychotherapie_Zwischenbericht_2019-02-28-barrierefrei.pdf

BPtK (2020): Empfehlungen der BPtK für die Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen in der psychotherapeutischen Versorgung. URL: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/11/Empfehlungen-der-BPtK-fuer-die-Dokumentation-psychotherapeutischer-Behandlungen-in-der-psychotherapeutischen-Versorgung.pdf

vertraulich

Anlage zum Beschluss

KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

STELLUNGNAHME DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG

ZUM VORBERICHT DES IQTIG „QUALITÄTSSICHERUNGSVERFAHREN ZUR AMBULANTEN PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG GESETZLICH KRANKENVERSICHERTER“ (STAND 22. MÄRZ 2021)

vertraulich

DEZERNAT VERSORGUNGSQUALITÄT

27. APRIL 2021

VERSION 1.0

INHALT

1 EINLEITUNG 3

2 ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT 3

3 ANMERKUNGEN ZUR EINLEITUNG 4

4 ANMERKUNG ZU DER VERSORGUNGSPRAXIS UND GRUNDGESAMTHEIT 5

5 ANMERKUNGEN ZUR METHODIK 5

6 ANMERKUNGEN ZU DEN ERGEBNISSEN 7

6.1 Erfassung von Behandlungsrelevanten Dimensionen und deren Überprüfung in der Diagnostik, im Verlauf und am Ende der Therapie 7
6.2 Einsatz von standardisierten diagnostischen Instrumenten 8
6.3 Therapiezielvereinbarung und deren Überprüfung im Verlauf 8
6.4 Kooperation 9
6.5 Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes 10
6.6 Outcome 10

7 ANMERKUNGEN ZU UMSETZUNG, AUSWERTUNGSKONZEPT UND SCHRITTE BIS ZUM REGELBETRIEB 10

8 ANMERKUNGEN ZUM ANHANG ZUM VORBERICHT 12

9 REDAKTIONELLE UND WEITERE HINWEISE 13

vertraulich

1 EINLEITUNG

Die vorliegende Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) als zu beteiligende Organisation nach § 137a Abs. 7 SGB V bewertet den Vorbericht „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“. Das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) am 17. Mai 2018 mit der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter beauftragt. **Basierend auf der Konzeptskizze des AQUA-Instituts von 2015 sollte ein kompaktes, fokussiertes, fallbezogenes Instrument entwickelt werden, das nicht in den therapeutischen Prozess eingreift. Zudem soll eine diagnose- und verfahrensunabhängige Erfassung und Messung der Qualität sichergestellt werden.**

Der Zwischenbericht, welcher das Qualitätsmodell und die Qualitätsaspekte darstellte, wurde im Februar 2019 ohne Beteiligungsverfahren vorgestellt. Er wurde zur Verbesserung der Transparenz und Nachvollziehbarkeit am 15. Oktober 2020 gemäß Beschluss des G-BA veröffentlicht. Der Zwischenbericht zur Patientenbefragung wurde im März 2020 vom IQTIG vorgelegt. Hier hat die KBV im Rahmen eines Beteiligungsverfahrens eine Stellungnahme verfasst. Der Abschlussbericht für die Patientenbefragung wird voraussichtlich zum 15.12.2021 fertiggestellt werden. **Ein weiteres Beteiligungsverfahren unter Zusammenschau aller Entwicklungsergebnisse plant das IQTIG nicht. Daher weist die KBV, wie schon in der Stellungnahme zum Zwischenbericht zur Patientenbefragung erneut darauf hin, dass durch das fragmentierte Vorgehen zu keinem Zeitpunkt das gesamte Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) ambulante Psychotherapie als vollständiges und fertiges Produkt betrachtet werden kann.** Dies ist insofern problematisch, als dass im vorliegenden Bericht mehrfach auf die Patientenbefragung verwiesen wird. **Wesentliche Elemente des gesamten Verfahrens, wie das Auswertungskonzept, der Umgang mit Therapieabbrüchen und das vollständige Indikatorenset sind in diesem Vorbericht nicht enthalten und werden dem G-BA erst mit dem Abschlussbericht zur Patientenbefragung vorgelegt. Ein erneutes Beteiligungsverfahren ist aus Sicht der KBV daher unumgänglich.** Die KBV möchte erneut anregen, dies den zu beteiligenden Organisationen zu ermöglichen.

2 ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT

Aus Sicht der KBV zeigt die Entwicklung des neun Qualitätsindikatoren umfassenden Indikatorensets eine höhere Fokussierung als frühere Entwicklungen des IQTIG. Dies begrüßt die KBV ausdrücklich und wünscht sich hier zukünftig ein noch klareres, an tatsächlichen Qualitätsdefiziten ausgerichtetes Vorgehen. Andere Anforderungen der Beauftragung sind jedoch noch nicht vollumfänglich erfüllt. Beauftragt ist ein Verfahren, das unabhängig vom angewandten psychotherapeutischen Verfahren ist und nicht in den therapeutischen Behandlungsprozess eingreift. In der Form, wie die Qualitätsindikatoren momentan operationalisiert sind, ist die Verfahrensunabhängigkeit insbesondere durch die Indikatoren zum Einsatz standardisierter Testverfahren und zur Therapiezielvereinbarung und -überprüfung nicht gegeben.

Die entgegen § 299 Abs. 1 Satz 4 SGB V seitens des IQTIG vorgeschlagene Vollerhebung sieht die KBV kritisch. Mit fast 37.000 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten muss in der ambulanten Psychotherapie mit erheblich mehr organisatorischen Aufwänden gerechnet werden (z. B. im Stellungnahmeverfahren), als in den bisher umgesetzten QS-Verfahren. Eine Stichprobenerhebung erscheint hier sinnvoller. Als essentiell sieht die KBV daher auch eine Überprüfung der praktischen Umsetzbarkeit. **Deshalb fordert die KBV vor der flächendeckenden Einsetzung des QS-Verfahrens in der Versorgung eine Erprobung mit begleitender Evaluierung. Für das QS-Verfahren „ambulante Psychotherapie“ erscheint dies umso wichtiger, als dass das IQTIG für keinen der vorgestellten Qualitätsindikatoren ein sicheres Defizit in der Versorgungsqualität aufzeigen konnte.**

Unter anderem geht die KBV in der vorliegenden Stellungnahme auf folgende weitere Kritikpunkte näher ein:

- **Erfassung behandlungsrelevanter Dimensionen:** Für die Erfassung der genannten Dimensionen ist es nicht in jedem Fall zwingend notwendig, dass sie explizit gegenüber dem Patienten angesprochen

werden. Die diagnostische Kompetenz der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten lässt zu, eine Dimension auch mit einem „diagnostischen Blick“ zu erfassen. In der Operationalisierung der Qualitätsindikatoren ist außerdem nicht eindeutig formuliert, ob für jede Patientin und jeden Patienten alle genannten Dimensionen während der gesamten Therapie mehrfach erfasst werden müssen. Das wäre insbesondere bei kurzen Therapien ein erheblicher Eingriff in den Therapieprozess.

- **Kooperation:** In den meisten Behandlungsfällen besteht keine Notwendigkeit für eine Kooperation mit anderen Behandlern. Im Gegenteil sollen Patienten in den meisten Fällen in die Selbständigkeit geführt werden. Kommunikationsarbeit soll nicht abgenommen werden. Patientinnen und Patienten, bei denen Kooperation notwendig wäre, werden in Zukunft in der Richtlinie zur koordinierten Versorgung schwer psychisch Erkrankter mit komplexem Behandlungsbedarf adressiert.
- **Fokusgruppe Patienten:** Wie bereits in der Stellungnahme der KBV zum Zwischenbericht der Patientenbefragung ausgeführt, entspricht die Zusammensetzung der Gruppe, die Durchführung der Sitzungen sowie die Auswertung der Interviews nicht den allgemeingültigen wissenschaftlichen Standards. Die Aussagekraft bzw. Repräsentativität der Ergebnisse ist daher eingeschränkt.
- **Risikoadjustierung:** Da es sich bei allen Indikatoren um Prozessindikatoren handelt, kann laut IQTIG auf eine Risikoadjustierung verzichtet werden. Aus Sicht der KBV gibt es hingegen patientenseitige, verfahrens- und diagnoseabhängige Faktoren, die den Prozess einer Therapie stark beeinflussen können und zur Vergleichbarkeit einer Risikoadjustierung bedürfen.
- **Sozialdaten:** Aus Sicht der KBV gibt es sinnvolle Möglichkeiten Sozialdaten einzubeziehen. Einerseits könnte damit eine Risikoadjustierung ermöglicht werden, andererseits könnten auf datensparsame Weise wichtige Daten zur Auswertung erhoben werden. **Der Einsatz von Sozialdaten sollte durch das IQTIG erneut geprüft werden.**
- **Schizophrenie:** Aus Sicht der KBV sollte der Einschluss von Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formkreis in zweierlei Hinsicht kritisch geprüft werden. Zum einen werden diese Patienten zukünftig in einem eigenen QS-Verfahren adressiert, zum anderen wird die bald erscheinende Richtlinie zur koordinierten Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf erwartet, welche insbesondere chronische Erkrankungen adressiert.
- **Systemische Therapie:** Im Vorbericht wird darauf hingewiesen, dass zum Zeitpunkt der Beauftragung die Systemische Therapie noch nicht als Richtlinienverfahren anerkannt war und daher die Übertragbarkeit der Entwicklungsergebnisse auf die Systemische Therapie nur eingeschränkt geprüft werden konnte. Die KBV erwartet hierzu eine klare abschließende Einschätzung.
- **Ausschlusskriterien**: Zur besseren Verständlichkeit würde die KBV es begrüßen, wenn das IQTIG in einem gesonderten Teil noch einmal alle Ausschlusskriterien zusammenfasst, begründet und in übersichtlicher Form darstellt. Bis dato muss die Leserschaft selbst zusammensuchen, welche Diagnosen ausgeschlossen sind und weshalb.

Die sich derzeit in Bearbeitung befindende Nachbeauftragung zu den Themen Gruppentherapie und Strukturindikatoren könnte durchaus noch präsenter im Bericht dargestellt werden, damit klar ersichtlich ist, dass Überarbeitungen folgen werden.

3 ANMERKUNGEN ZUR EINLEITUNG

Das IQTIG berichtet mehrfach (erstmals auf Seite 12) von ca. 28.000 ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Diese Zahlen stimmen nicht mehr mit der aktuellen Anzahl überein. Laut Statistik der KBV stehen für die Versorgung 35.872 ärztliche (6.141) und psychologische (29.731) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Verfügung. Aufgrund der Reform zur Bedarfsplanung sind seit Ende 2019 noch weitere 800 Sitze in Planung. Da, wie vom IQTIG beschrieben, der

vertraulich

Bedarf an Psychotherapie weiter steigt, ist davon auszugehen, dass sich diese Zahl in Zukunft noch erhöhen wird.

4 ANMERKUNG ZU DER VERSORGUNGSPRAXIS UND GRUNDGESAMTHEIT

Die Ein- und Ausschlusskriterien sind aus Sicht der KBV nicht eindeutig nachvollziehbar und müssen durch den Leser oder die Leserin selbstständig in den verschiedenen Kapiteln und Anhängen herausgefiltert und interpretiert werden. Selbst nach ausführlicher Recherche ist unklar, auf welcher Basis die Entscheidung für einen Aus- bzw. Einschluss getroffen wurde. So wird beispielsweise oft auf die Psychotherapie-Richtlinie Bezug genommen. Diese verzichtet jedoch auf die Nennung von ICD-Codes, um den Zugang für alle Betroffenen zu gewährleisten, sodass sich der Ausschluss von einzelnen Diagnosen dadurch nicht erklären lässt. Eine kurze Darlegung mit einer übersichtlichen Tabelle, wie die Ausschlusskriterien abgeleitet wurden, wäre daher sinnvoll und wird von der KBV für den Abschlussbericht erbeten.

Aus Sicht der KBV ist zudem der Einschluss von Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formkreis (F20-F29) in mehrerlei Hinsicht kritisch zu prüfen. Zum einen werden die Betroffenen zukünftig durch das QS-Verfahren „Schizophrenie“ auch unter dem Dach der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) adressiert, zum anderen wird die bald erscheinende Richtlinie zur strukturierten und koordinierten Versorgung psychisch erkrankter Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf erwartet. Es gilt daher eine überbordende Bürokratie in der psychotherapeutischen Praxis und im Hinblick auf die in beiden QS-Verfahren geplanten Patientenbefragungen zu vermeiden, dass diese vulnerable Gruppe mehrfach befragt wird. Auch die Zuschreibbarkeit der Leistungserbringung muss für ein QS-Verfahren sichergestellt sein.

Dringenden Bedarf zur Überarbeitung sieht die KBV bei der auf S. 34 gebildeten Kausalkette zum Thema Chancenungleichheit. Dort wird suggeriert, dass in der Psychotherapie eine deutliche Benachteiligung von Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status sowie von Menschen mit einer schweren Depression herrsche. Für diese Behauptung fehlen wissenschaftliche Nachweise. Das IQTIG selbst zitiert die herangezogene Studie auf Seite 33 auch zuerst so: „In Studien wird auch darauf verwiesen, dass Chancenungleichheiten von Patientinnen und Patienten bezüglich des Erhalts eines Therapieplatzes vorliegen können.“ Auf dieser Basis kann kein von Leitlinien abweichendes Vorgehen der Psychotherapeutenschaft behauptet werden.

vertraulich

5 ANMERKUNGEN ZUR METHODIK

Die einzelnen methodischen Schritte vom Qualitätsaspekt zum Qualitätsindikator werden transparent und verständlich erläutert. Insbesondere die im Anhang befindliche Vorgehensweise der umfänglichen Literaturrecherche und Extraktion aus den Leitlinien und Standards ist nachvollziehbar und gut verständlich dargestellt.

Allerdings muss, wie bereits in der Stellungnahme zum Zwischenbericht der Patientenbefragung erläutert, kritisch angemerkt werden, dass bei der Entwicklung/Ableitung der meisten Qualitätsindikatoren diagnosebezogene Leitlinien, allen voran zu den Themen Depression und Angst, herangezogen und kaum diagnose- oder verfahrensunabhängige Literatur gefunden wurde. Zusätzlich stammen die gefundenen Leitlinien zum großen Teil aus Großbritannien und den USA, wobei die dortige psychotherapeutische Versorgung nur schwer mit dem therapeutischen Angebot durch die zugelassenen deutschen Richtlinientherapien zu vergleichen ist. Auffallend und von immenser praktischer Relevanz ist die Tatsache, dass in der gesichteten Literatur zu keinem der abgeleiteten Qualitätsmerkmale ein Hinweis auf ein Verbesserungspotenzial gefunden wurde. Die Begründung, warum die Qualitätsmerkmale dennoch

ausgewählt wurden, bezieht sich in der Regel lediglich auf Patienteninformationen der Fokusgruppen des IQTIG. Wie bereits im Zwischenbericht zur Entwicklung der Patientenbefragung möchte die KBV auch in diesem Vorbericht darauf hinweisen, dass die vom IQTIG vorgenommene Auswertung der Fokusgruppen nicht dem wissenschaftlichen Standard entspricht. Die Auswertung und Darstellung der Ergebnisse mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, die üblich für die Bewertung von Interviews ist, hätte Transparenz geschaffen und wäre methodisch richtig und sauber gewesen. Die nun zitierten Ausschnitte wirken eher willkürlich herausgefiltert, um eine Aufnahme der ausgewählten Merkmale zu stützen. Aus singulären Erfahrungen der Betroffenen allgemeine Zusammenhänge zu begründen, stellt jedoch keine gute wissenschaftliche Praxis dar. Auch die Akquise, Zusammensetzung und Durchführung der Gruppen entspricht nicht dem Standard, um belastbare Ergebnisse zu erzielen.

Weiterhin liegt der Schwerpunkt der Auseinandersetzung mit der Psychotherapie-Richtlinie eher auf den formalen Aspekten, obwohl hier auch eine Diskussion über die inhaltlichen Vorgaben oder der ätiologischen Orientierung der verschiedenen Therapieverfahren sinnvoll gewesen wäre. So orientieren sich die Empfehlungen des IQTIG für den Einsatz von Diagnostik beispielsweise zu sehr nur an verhaltenstherapeutischen Verfahren und an spezifischen Diagnosen.

Bezüglich des Hochrechnungsmodells des IQTIG begrüßt die KBV die Vorgehensweise, reale Daten aus der Versorgung zu betrachten, jedoch wäre es für den Transparenzgedanken sowie zur Einschätzung der Repräsentativität hilfreich, kenntlich zu machen, welche Krankenkasse die Daten zur Verfügung gestellt hat. Die KBV wünscht sich daher eine kurze Beschreibung des Datenpools und der Krankenkasse, um die Ergebnisse besser einordnen zu können.

Die Interpretation der Ergebnisse des TK-Modellprojektes stellt eine unzulässige Verallgemeinerung dar, da lediglich festgestellt wurde, dass die Therapeutinnen und Therapeuten der Interventionsgruppe zwar mehr Diagnosen vergeben hatten, die Autorinnen und Autoren schreiben aber auch: „Zwischen Interventions- und Kontrollgruppe konnten Unterschiede in Art und Anzahl diagnostizierter Störungen gefunden werden, die Hinweise auf ein verändertes Diagnoseverhalten in der Interventionsgruppe durch die Anwendung von Diagnosechecklisten liefern. Jedoch ist einschränkend festzuhalten, dass keine Information zur Reliabilität der gestellten Diagnosen vorliegt. Somit lassen sich allein aus der Anzahl vorgegebener Diagnosen keine Aussagen über die Qualität der Diagnostik oder der Therapie an sich ableiten“ (Wittmann et. al., S. 161). Dies bedeutet, dass die alleinige Nutzung von QS-Instrumenten nicht eine direkte Verbesserung der Qualität der Therapie mit sich bringt. Außerdem konnte nicht festgestellt werden, dass eine regelmäßige Anwendung von psychometrischen Testverfahren das Therapieergebnis verbessert (Wittmann et. al., S. 143, S. 157).

Bei der Betrachtung der Zusammensetzung des Expertengremiums fällt auf, dass keine Therapeutinnen und Therapeuten einbezogen wurden, die rein systemtherapeutisch arbeiten. Die Anwendbarkeit der Qualitätsmerkmale und die geeignete Operationalisierung der Qualitätsindikatoren für die Systemische Therapie kann aber in erster Linie nur von Therapeutinnen und Therapeuten mit einem klaren systemischen Fokus geprüft werden. Es geht daher nicht aus dem Vorbericht hervor, ob die Verfahrensunabhängigkeit der Instrumente auch für die Systemische Therapie gegeben ist. Aus Sicht der KBV muss deshalb die Übertragbarkeit des QS-Verfahrens auf die Systemische Therapie erneut geprüft werden.

Des Weiteren beschreibt das IQTIG, dass bei der Einschätzung der Qualitätsmerkmale durch das Expertengremium ein Qualitätsmerkmal in das Set aufgenommen wurde, wenn mehr als 75% der Expertinnen und Experten ein Kriterium als gegeben bewerteten. Da davon auszugehen ist, dass sich die Bewertungen zwischen den Fachleuten der verschiedenen Richtlinienverfahren unterschieden haben, wäre es erforderlich gewesen darzustellen, ob sich die Unstimmigkeiten besonders zwischen den Vertreterinnen und Vertretern der jeweiligen Verfahren abspielten oder „Schulen-unabhängig“. So hätte mehr Klarheit erzeugt werden können, ob die Qualitätsmerkmale und die daraus abgeleiteten Qualitätsindikatoren tatsächlich verfahrensübergreifend anwendbar sind. Die KBV bittet darum, dies im Abschlussbericht darzustellen.

Wichtig erscheint noch darauf hinzuweisen, dass das Expertengremium erst zu einem zu späten Zeitpunkt in die Verfahrensentwicklung einbezogen wurde. Zu dem Zeitpunkt der Einbeziehung war die Entwicklung des Qualitätsmodells schon so weit fortgeschritten, dass nur noch die Qualitätsindikatoren zu bereits

vertraulich

bestehenden Qualitätsmerkmalen entwickelt werden konnten. In dem Verfahren blieb kein Raum mehr für grundlegende konstruktive Kritik an dem Modell. Da das IQTIG sich hier an die Vorgaben des eigenen Methodenpapiers gehalten hat, regt die KBV an dieser Stelle dringlich die Überarbeitung des Methodenpapiers an.

6 ANMERKUNGEN ZU DEN ERGEBNISSEN

Die KBV begrüßt, dass die Entwicklung des Indikatorensets sehr gut kompatibel mit der am 14.11.2020 von der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) beschlossenen Empfehlung für die Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen in der psychotherapeutischen Versorgung ist. Dies fördert die Akzeptanz des Verfahrens in der Psychotherapeutenschaft und ist eine sehr gute Grundlage, um Dokumentationen übergreifend zu nutzen und dadurch Doppeldokumentationen zu vermeiden. Auch die im „Klassik"-Teil angestrebte Fokussierung auf relevante Themen wird grundsätzlich begrüßt.

Leider ist in diesem Zusammenhang festzuhalten, dass das IQTIG aus den Ergebnissen der Literaturrecherche für keines der genannten Qualitätsmerkmale ein Verbesserungspotenzial ableiten konnte. Die einzige Grundlage für die Entwicklung der Qualitätsindikatoren sind von einzelnen Patienten beschriebene Defizite in den durch das IQTIG durchgeführten Fokusgruppen. **Somit kann für keinen der vom IQTIG empfohlenen Qualitätsindikatoren sicher von einem Qualitätsdefizit ausgegangen werden. Das sichere Vorliegen eines Qualitätsdefizits ist jedoch die Grundvoraussetzung, um Qualität fördern und den Aufwand eines Qualitätssicherungsverfahrens rechtfertigen zu können. Daher scheint es zwingend geboten, alle Qualitätsindikatoren erst in der Praxis zu erproben und die Erprobung zu evaluieren. Qualitätsindikatoren ohne sicheren Nachweis eines Qualitätsdefizits sind aus dem Indikatorenset zu entfernen.**

vertraulich

6.1 ERFASSUNG VON BEHANDLUNGSRELEVANTEN DIMENSIONEN UND DEREN ÜBERPRÜFUNG IN DER DIAGNOSTIK, IM VERLAUF UND AM ENDE DER THERAPIE

Auch hier stellt sich die Frage, inwieweit die Aufnahme dieser Dimensionen zu einer tatsächlichen Steigerung der Qualität in der psychotherapeutischen Versorgung führt. Ein Qualitätsdefizit konnte nicht sicher ermittelt werden.

Darüber hinaus ist nicht eindeutig formuliert, ob für jede Patientin und jeden Patienten alle genannten Dimensionen während der gesamten Therapie mehrfach erfasst werden müssen, nämlich im Rahmen der Diagnostik, im Therapieverlauf und zum Ende der Therapie. Das IQTIG spricht selbst von „behandlungsrelevanten Dimensionen", was im individuellen Behandlungsfall aber relevant ist und was nicht und was dementsprechend im Verlauf und zu Ende der Therapie weiterhin thematisiert werden sollte, muss immer in der Therapiehoheit der Psychotherapeutinnen und des Psychotherapeuten liegen. Dieses gilt bereits für den diagnostischen Prozess. Hier ist es nicht notwendig, dass die Therapeutin oder der Therapeut jede der genannten Dimensionen anspricht. Oft lässt sich auch durch Begleitumstände erschließen, dass bestimmte Aspekte in der Diagnostik keine Rolle spielen. So würden in der somatischen Medizin auch keine Hausärztin und kein Hausarzt einen erkrankten Menschen, der mit Halsschmerzen in die Praxis kommt, zwingend nach Schmerzen in den Füßen fragen. Diese diagnostische Kompetenz muss auch der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutenschaft zugestanden werden. Gerade bei Kurzzeittherapien, die in vielen Fällen nicht länger als 3 bis 5 Sitzungen dauern, würde durch das ausführliche und wiederholte Ansprechen aller Dimensionen ein nicht angemessener Fokus gelegt werden.

Kritisch wäre auch eine Erfassung von Substanzmissbrauch und Suizidalität bereits zu Beginn der Behandlung als zwingend zu bewerten. Diese Themen sind hoch sensibel. Eine unangemessene oder zu frühe Platzierung in der Therapie kann einen erheblichen Einfluss auf die Patient-Therapeuten-Beziehung haben, sogar für den psychischen Zustand des Betroffenen schädlich sein und die Symptomatik verschlechtern. Deshalb muss es den Therapeutinnen und Therapeuten überlassen sein zu entscheiden, ob und zu welchem Punkt sie anzusprechen sind. Der richtige Zeitpunkt muss nicht zwangsläufig in der Anfangsphase sein. Eine zentrale

Forderung der Beauftragung ist, nicht in den therapeutischen Prozess einzugreifen. Diese Forderung gilt es immer im Blick zu haben.

Es ist aber positiv anzumerken, dass es den Behandelnden grundsätzlich selbst überlassen ist, den genauen Zeitpunkt für das diagnostische Gespräch festzulegen. Auch die Möglichkeit, dieses bereits in der Probatorik oder der Sprechstunde zu führen, kann den anschließenden therapeutischen Prozess entlasten.

6.2 EINSATZ VON STANDARDISIERTEN DIAGNOSTISCHEN INSTRUMENTEN

Mit diesem Indikator sieht die KBV die Anforderung der Therapieverfahrensunabhängigkeit gefährdet. Bisher gibt es laut Psychotherapievereinbarung keine Verpflichtung, ein standardisiertes diagnostisches Instrument einzusetzen. Benachteiligt wären vor allem die psychodynamischen Therapien und hier in erster Linie die psychoanalytisch arbeitenden Therapeutinnen und Therapeuten. In der Psychoanalyse kann der Einsatz von diagnostischen Instrumenten kontraindiziert sein, besonders wenn diese auch während des therapeutischen Prozesses eingesetzt werden müssten. Hierdurch kann u. a. das Übertragungsgeschehen nachhaltig beeinflusst und damit erheblich in schädlicher Art und Weise in das Behandlungsgeschehen eingegriffen werden. Der Einsatz standardisierter diagnostischer Instrumente ist besonders in dieser Therapieschule keine Voraussetzung für gute Qualität, da die Verwendung gegen die Lehren dieser Schule spricht; sie mitunter sogar verletzt. Gute Qualität im Sinne der Psychodynamik zu leisten, würde die Therapierenden zwingen, bewusst gegen diesen „Qualitätsindikator“ zu verstoßen und damit sanktionierende Maßnahmen in Kauf zu nehmen. Die KBV appelliert deshalb an das IQTIG, dem Umstand Rechnung zu tragen, dass besonders bei diesem Merkmal erhebliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Richtlinienverfahren herrschen, die sich auch in einem Qualitätssicherungsverfahren widerspiegeln müssen. Denkbar wäre zum Beispiel, dass bereits in der Spezifikation die Angabe vorgesehen wird, warum sich eine Therapeutin oder ein Therapeut gegen den Einsatz eines standardisierten diagnostischen Instruments entschieden hat und mögliche Ausschlusskriterien formuliert werden. Auf jeden Fall muss ein ungeeigneter Eingriff in den therapeutischen Prozess sicher ausgeschlossen und eine Flut unnötiger Stellungnahmen oder gar Sanktionierungen bei vermeintlichen Auffälligkeiten der Psychotherapeuten vermieden werden. Für die nicht-psychodynamischen Verfahren ist zu bedenken, dass es für bestimmten Grunderkrankungen typisch ist, auf Untersuchungssituationen jeglicher Art mit Verschlechterung zu reagieren. Besonders im Bereich von paranoiden Denkstörungen sind Testverfahren mitunter nicht förderlich. Auch bei Betroffenen mit einer langen psychiatrischen/chronischen Laufbahn ist eine Diagnostik zuweilen nicht mehr indiziert, beispielsweise wenn der Fokus nur auf Erhaltung liegt oder die erkrankte Person und der Therapeut sich schon lange kennen. Auch für diese Fälle schlägt die KBV den Einsatz eines Filters in der Spezifikation (z. B. „chronifizierter Verlauf“) vor, der bei Angabe das Ausfüllen aller Diagnostikfelder (auch der QI 43xx18) als fakultativ anstelle von obligat kennzeichnet. Darüber hinaus muss auch die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, dass die Patientinnen und Patienten, die aus einer Rehabilitation oder einem stationären Aufenthalt übernommen werden, bereits eine ausgiebige Diagnostik durchlaufen haben und weitere Untersuchungen gerade zu Beginn der Therapie ungeeignet wären. Auch für diese Konstellation sollte es zumindest für den Aspekt der Anwendung von diagnostischen Instrumenten in der Anfangsphase eine Option „umfassende Diagnostik in Vorklinik erhalten“ geben, sodass erst im Verlauf über eine erneute Untersuchung nachgedacht werden könnte.

Unter Zusammenschau aller Vorgetragenen Argumente muss gerade dieser Indikator erst erprobt und die Erprobung evaluiert werden. Vermutlich ist dieser Indikator nicht zur QS, sondern nur für das interne Qualitätsmanagement (QM) der Einrichtungen geeignet.

6.3 THERAPIEZIELVEREINBARUNG UND DEREN ÜBERPRÜFUNG IM VERLAUF

Auch bei den Qualitätsindikatoren zur Therapiezielvereinbarung ist eine Verfahrensunabhängigkeit nicht gegeben. Psychodynamische Verfahren und insbesondere die Psychoanalyse arbeiten mit unbewussten Konflikten. Das frühe formulieren von Therapiezielen, die regelmäßig überprüft werden, widerspricht dem psychodynamischen Ansatz, in dem man versucht, sich der Problematik durch das Verarbeiten von Eindrücken und freien Assoziationen zu nähern. Dieser Prozess würde durch das Bewusstmachen von möglichen Zielen unterbrochen und im schlechtesten Fall nachhaltig gestört werden.

Auch für die Verhaltenstherapie und die Systemische Therapie ist festzuhalten, dass weder Leitlinien noch andere Literatur empfehlen, dass ein Therapieziel zu einem bestimmten Zeitpunkt feststehen muss und nicht mehr an die therapeutische Situation angepasst werden darf. Bei der momentanen Umsetzung wäre somit auch hier mit einer Flut von Stellungnahmen zu rechnen. Wir empfehlen daher ein Vorgehen parallel zu Kapitel 6.2 mit Berücksichtigung in der Spezifikation und mit Durchführung einer Erprobung. Vermutlich sind auch diese Indikatoren nicht zur QS, sondern nur für das interne QM der Einrichtungen geeignet.

Darüber hinaus sei erwähnt, dass die zu dem Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs“ gehörenden Items (DF 37 und DF 64) nicht gut operationalisiert sind: Wenn keine Anpassung der Therapieziele erforderlich war, bleibt es für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unklar, ob sie 0 (nein) oder 1 (ja) ankreuzen sollen. Mit der Auswahl von 0 würde dann eine Negativbewertung möglich, ohne dass ein Qualitätsdefizit vorliegt.

6.4 KOOPERATION

Die KBV stimmt der Einschätzung des IQTIG zu, dass Kooperation zwischen den verschiedenen Leistungserbringenden sinnvoll und wichtig ist. Die Notwendigkeit zur Kooperation in der Psychotherapie besteht aber nur bei einem Teil der Betroffenen, nämlich bei schwer oder chronisch Erkrankten. Auf diese Teilgruppe beziehen sich auch die vom IQTIG zitierten Studien. Die Hoffnung, das Kooperationen für diese Patientinnen und Patienten in Zukunft leichter ermöglicht und auch entsprechend vergütet werden, liegt in der momentan im G-BA beratenen Richtlinie zur strukturierten und koordinierten Versorgung psychisch erkrankter Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf. Dort werden dann die Personen adressiert, die aufgrund der Schwere der Erkrankung dringend die Unterstützung eines Netzwerkes benötigen, um die Prognose zu verbessern und eine vollumfängliche Behandlung zu erhalten. Gerade im Hinblick auf diese Richtlinie scheint es also fraglich, ob Kooperation als Qualitätsmerkmal in diesem Verfahren überhaupt geeignet ist. Im Regelfall zielt die Psychotherapie nämlich darauf ab, die Erkrankten in die Selbständigkeit zu bringen. Für alle nicht schweren Verläufe ist es deshalb sogar eher kontraindiziert, sich über den Betroffenen hinweg mit mitbehandelnden Kolleginnen und Kollegen auszutauschen, sofern es diese überhaupt gibt. Dem Patienten soll die Kommunikationsarbeit nicht abgenommen werden. Auch für solche Fälle bedarf es einer Anpassung der Spezifikation, um ungerechtfertigte Stellungnahmen zu verhindern. Vermutlich ist auch dieser Indikator nicht zur QS, sondern nur für das interne QM der Einrichtungen geeignet.

Weiterhin gilt es zu bedenken, dass eventuell nicht alle Betroffenen ihrer Therapeutin oder ihrem Therapeuten eine zusätzliche Behandlung oder einen stationären Aufenthalt mitteilen. Und selbst wenn sie ihrem behandelnden Psychotherapeuten das Einverständnis für eine Kontaktaufnahme geben, ist damit noch nicht eine Schweigepflichtsentbindung bei der mitbehandelnden Ärztin bzw. dem mitbehandelnden Arzt vorgenommen.

Positiv ist die Auswahloption, dass „die mitbehandelnde ärztliche Fachkraft nicht erreichbar“ war, zu bewerten. Hier wird dem Umstand Rechnung getragen, dass durch die Aufnahme dieses Qualitätsaspekts die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut nicht in eine alleinige Bring- bzw. Holschuld gerät, da nur sie bzw. er durch das QS-Verfahren zur Kooperation verpflichtet ist, nicht aber das Gegenüber. Abschließend muss darauf hingewiesen werden, dass den Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Befähigung zur Überweisungen an andere ärztliche Leistungserbringenden fehlt. Diese sind bisher nur für ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bundesmantelvertrag geregelt.

6.5 VORBEREITUNG UND GESTALTUNG DES THERAPIEENDES

Die KBV stimmt dem IQTIG hinsichtlich der Wichtigkeit der Abschlussphase in allen benannten Punkten zu. Eine sorgfältige Planung des Therapieendes ist deshalb auch integraler Bestandteil einer Richtlinientherapie. Auffallend ist, dass die vom IQTIG angebotenen Prüfoptionen wie „Erforderlichkeit einer anschließenden Versorgung durch sozialpsychiatrische bzw. psychosoziale Institutionen“ oder „Erforderlichkeit einer anschließenden Behandlung durch (teil-)stationäre Leistungserbringer“ deutlich zu spät wären. In der Regel wird die Notwendigkeit einer (teil-)stationären Behandlung bereits vor Beginn oder am Anfang einer ambulanten Therapie erörtert, um beispielsweise eine erforderliche Stabilisierung vor Behandlungsbeginn zu gewährleisten. Auch bei sozialpsychiatrischen Angeboten verhält es sich oft so, dass Betroffene in eine

vertraulich

ambulante Therapie kommen, weil eine zuständige Sozialarbeiterin oder ein Sozialarbeiter die Notwendigkeit einer Psychotherapie festgestellt und initiiert hat.

Wichtig in der Abschlussphase ist selbstverständlich die Abklärung der Notwendigkeit einer Rezidivprophylaxe, jedoch wird bei Erhalt einer Kurzzeittherapie bzw. einer Therapiedauer von unter 40 Stunden keine Rezidivprophylaxe gewährt und eine Abklärung muss nicht überprüft oder besprochen werden. Daher wäre hier das Hinzufügen der Option „KZT oder Therapiekontingent unter 40 Stunden“ für das Datenfeld 66 wichtig. Bei Datenfeld 68 wäre die Erweiterung der Ausfüllhinweise sinnvoll, die erläutert, welche Berufsgruppen unter „nicht ärztliche Behandelnde“ subsumiert sind.

6.6 OUTCOME

In der Herleitung des Qualitätsaspekts stellt das IQTIG richtig dar, dass keine einheitliche Definition von Outcomes möglich ist und je befragter Person (z. B. Betroffene, Behandelnde oder Angehörige) die erwarteten bzw. wünschenswerten Ergebnisse divergieren können. Auch der Zeitpunkt der Messung spielt eine ganz entscheidende Rolle, oft zeigt sich eine positive Veränderung oder eine positive Bewertung der Therapie erst nach einem längeren Zeitraum. Daher sind Studien zum Outcome, wie es das IQTIG richtig beschrieben hat, nicht vergleichbar. Gleichzeitig gibt es in dem vorgestellten Qualitätsmodell jedoch drei Qualitätsmerkmale, die Outcome messen sollen und die nach aktueller Information weiterhin in einer Patientenbefragung enthalten sein werden: „Verbesserung der sozialen Teilhabe“, „Verbesserung der Lebensqualität“ und „Fertigkeiten und Strategien zur Krankheitsbewältigung“. **Das IQTIG schreibt selbst, dass sich das Therapieergebnis nicht eindimensional beurteilen lässt und es Abweichungen zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung gibt. Es ist also nicht nachvollziehbar, dass der Outcome ausschließlich in der Patientenbefragung verortet sein soll. Die KBV weist daher an dieser Stelle darauf hin, dass Indikatoren aus einer Patientenbefragung schon allein aus methodischer Sicht nur für das interne QM der Einrichtungen in das Verfahren aufgenommen werden können.** Auch laut Methodenpapier des IQTIG können sie nicht die Anforderungen an einen Qualitätsindikator erfüllen.

Offen bleibt auch, welches Vorgehen das IQTIG bei Abbruch einer Therapie empfiehlt. Hier verweist das IQTIG ebenfalls auf die Patientenbefragung, so dass die KBV nicht abschließend Stellung beziehen kann, weil die Patientenbefragung erst Ende des Jahres vorliegen wird.

vertraulich

7 ANMERKUNGEN ZU UMSETZUNG, AUSWERTUNGSKONZEPT UND SCHRITTE BIS ZUM REGELBETRIEB

Kleine Fallzahlen

Bisher hat das IQTIG keine Aussage dazu getroffen, ab welcher Fallzahl eine Auswertung nicht mehr sinnvoll ist, insbesondere unter Betrachtung des Vorschlags des IQTIG, dass Auffälligkeiten in den QS-Daten erst dann ein Stellungnahmeverfahren nach sich ziehen sollen, wenn diese statistisch signifikant sind. Da die ambulante Psychotherapie nicht nur sehr kleine Fallzahlen pro Leistungserbringendem aufweist, sondern auch eine hohe Zahl an Leistungserbringenden, stellt sich die Frage nach dem Umgang mit kleinen Fallzahlen in diesem QS-Verfahren ganz besonders. Daher erwartet die KBV eine klare Äußerung des IQTIG, ab welcher Fallzahl eine Auswertung auf Ebene der Leistungserbringenden nicht mehr sinnvoll ist und welches Vorgehen das IQTIG in solchen Fällen vorschlägt.

Um dem Problem der kleinen Fallzahlen zu begegnen schlägt das IQTIG vor, den Beobachtungszeitraum auf zwei Jahre zu erweitern. Dies ist zunächst nachvollziehbar, gleichzeitig sieht die KBV in diesem Ansatz mehrere offene Fragen. Wie bereits in der Stellungnahme zum Zwischenbericht der Patientenbefragung erwähnt, erhöht sich bei einem längeren Beobachtungszeitraum auch immer das Risiko veränderter Rahmenbedingungen und damit ein Verlust von Vergleichbarkeit und insbesondere der Zuschreibbarkeit der Ergebnisse z. B. bei Personalwechsel oder bei Änderungen in Richt- oder Leitlinien. Zusätzlich wird dadurch auch der Feedbackprozess um ein Jahr verlängert, d. h. der Bezug eines kritischen Ereignisses zum

darauffolgenden Stellungnahmeverfahren und gegebenenfalls zur qualitätssichernden Maßnahme wird entkoppelt. Besonders kritisch sieht die KBV dies für die Patientenbefragung, insbesondere wenn Sachverhalte abgefragt werden, die nicht auch durch die QS-Dokumentation adressiert werden. Der zeitlich weit ausgedehnte Erinnerungszeitraum, den die Patientinnen und Patienten gedanklich resümieren müssen, ist wissenschaftlich schon nicht akzeptabel, die Therapeutin bzw. der Therapeut werden sogar erst zwei Jahre später mit den Fällen in anonymisierter Form konfrontiert. Daher hat die KBV bereits in ihrer Stellungnahme zum Zwischenbericht der Patientenbefragung die Frage gestellt, wie viele neue Patientinnen und Patienten pro Leistungserbringendem im Durchschnitt hinzukommen, wenn der Beobachtungszeitraum auf zwei Jahre verlängert wird und wie sich die Verlängerung des Beobachtungszeitraumes auf die Vergleichbarkeit und Zuschreibbarkeit der Befragungsergebnisse zu einem Leistungserbringenden auswirken. Diese Fragen wurden bisher nicht beantwortet, weshalb wir sie an dieser Stelle wiederholen, da weiterhin unklar ist, ob der Nutzen die Nachteile bei einer Verlängerung des Beobachtungszeitraums überwiegen würde.

Auch die Übersendung von Rückmeldeberichten nur einmal jährlich erscheint nicht geeignet. Zur sinnvollen Nutzung der Daten und der Möglichkeit eines flexiblen Agierens seitens der Therapeutenschaft sollte eine Berichterstattung mindesten halbjährlich erfolgen.

Vollerhebung

Die KBV ist, aufgrund der großen Anzahl an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, der Auffassung, dass es sich um ein Stichprobenverfahren anstelle einer Vollerhebung handeln sollte. Die Landesarbeitsgemeinschaften würden bei fast 37.000 Psychotherapeutinnen und -therapeuten schnell an ihre organisatorischen Grenzen kommen.

Aufwand und Machbarkeitsprüfung

Der vorgestellte Dokumentationsbogen umfasst 77 Datenfelder, was einen erheblichen Aufwand für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bedeutet. Wenn das IQTIG den Dokumentationsaufwand verringern möchte, indem geprüft werden soll, ob Teile der Informationen aus der jeweiligen Praxisverwaltungssoftware (PVS) übernommen werden können, muss sichergestellt werden, dass diese Systeme tatsächlich kompatibel sind. Auch zeigt der beschriebene Digitalisierungsgrad der Praxen, dass es schon allein durch die Einführung eines datengestützten QS-Verfahrens zu einem hohen initialen Aufwand in den Praxen kommen wird.

Die KBV begrüßt daher eine Machbarkeitsprüfung zur Erprobung und Optimierung des Qualitätsindikatorensets sowie der Erhebungsinstrumente inklusive der Bereiche Auslösung und Datenfluss ausdrücklich. Es ist aber aus Sicht der KBV nur mit der im Praxisalltag tatsächlich genutzten Software möglich, den realen Aufwand zu schätzen. Nur dann steht fest, wie viele Informationen tatsächlich aus der jeweiligen PVS übernommen werden können und wie bzw. ob die User Experience die Anwendung erleichtert oder erschwert. Die Anwendung eines „Ideal-Programms“ von nur 20 - 30 freiwillig teilnehmenden Leistungserbringenden in der Retrospektive, wie in dem Methodenpapier des IQTIG beschrieben, lässt kaum Rückschlüsse auf die Herausforderungen zu, die tatsächlich im ambulanten Bereich entstehen werden. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die reale Versorgungssituation sähe die KBV so nicht gegeben. Entgegen dem erklärten Ziel der Machbarkeitsstudie können auf diese Weise keine umfassenden Erkenntnisse zur Praktikabilität gewonnen werden. Insbesondere der Zeitaufwand hängt maßgeblich von der Qualität der tatsächlich nutzbaren QS-Software und ihre Kompatibilität mit der PVS ab. Deshalb empfiehlt die KBV auch dringend einen ausreichenden Erprobungszeitraum mit einem Teil der Leistungserbringenden und eine begleitende Evaluation, bevor das QS-Verfahren flächendeckend in den Regelbetrieb übernommen wird. Bei dem vorliegenden QS-Verfahren sehen wir die Anforderungen umso dringlicher, da es bisher keine sicheren Hinweise darauf gibt, dass die vorliegenden Qualitätsindikatoren tatsächlich zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität führen.

Zu beachten ist außerdem, dass Abrechnungen nur pro Quartal ausgelöst werden und somit bis zu drei Monate zwischen Beginn der Behandlung und der Öffnung des Dokumentationsbogens entstehen könnten. Daher bittet die KBV das IQTIG hier um weitere Erläuterungen, wie mit dieser Problematik umgegangen werden soll.

vertraulich

Datenqualität

Für die Prüfung der Vollzähligkeit weist die KBV darauf hin, dass Selektivverträge mit verschiedenen Krankenkassen bestehen und bittet das IQTIG dahingehend seine Aussagen zu überarbeiten, und dies für den Soll-/Ist-Abgleich mit einzubeziehen.

Bei der Datenvalidierung anhand von Patientenakten und gegebenenfalls der am 14.11.2020 von der BPtK beschlossenen Empfehlung für die Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen in der psychotherapeutischen Versorgung, ist unbedingt zu beachten, dass die Psychotherapie einem zu Recht strengen Datenschutz unterliegt. Die Daten der Patientinnen und Patienten sind als überaus sensibel zu betrachten und eine Akteneinsicht kann nur unter sehr klaren und strengen Auflagen erfolgen. Bei unklaren Vorgaben ist mit einem Vertrauensverlust der Betroffenen zu rechnen, welcher jegliche therapeutischen Bemühungen nahezu nutzlos machen könnte.

Risikoadjustierung

Das Thema der Risikoadjustierung wird in diesem Vorbericht mit der Begründung, dass Prozessindikatoren eine solche Adjustierung nicht benötigen, komplett ausgelassen. Bestimmten Diagnosen, allen voran den schweren chronischen Persönlichkeitsstörungen, ist es aber immanent, die Persönlichkeit, die Gedanken und das Verhalten der Betroffenen stark zu beeinflussen, und deswegen eine große Auswirkung auf den therapeutischen Prozess zu haben. Insbesondere eine Schwerpunktpraxis mit Fokus auf Persönlichkeitsstörungen könnte durch Risikoadjustierung geeignet abgebildet werden und dem Risiko einer Patientenselektion zugunsten gerechter Vergleichswerte im QS-Verfahren wirkungsvoll entgegengewirkt werden.

Sozialdaten

Das IQTIG berichtet, dass es für das QS-Verfahren derzeit keine sinnvollen Sozialdaten gibt, die erhoben werden könnten, um den Dokumentationsaufwand der Psychotherapeutenschaft zu reduzieren. Aus Sicht der KBV hingegen gibt es zumindest Daten, die zum einen für eine Risikoadjustierung genutzt werden könnten und zum anderen, um die QS-Dokumentation zu erleichtern. Die KBV möchte anregen, hierzu insbesondere Daten zu Medikamenten, stationären Aufenthalten und Facharztkonsultationen zu prüfen. In der Realität haben viele Therapeutinnen und Therapeuten schon die Erfahrung gemacht, dass den erkrankten Menschen nicht bewusst ist, welche Angaben wichtig sind, wenn sie nach Medikamenten gefragt werden und daher wichtige Informationen oft nicht an die Behandelnden weitergegeben werden. Betroffene wissen oft nicht, dass sie Medikamente erhalten, die die Therapie beeinflussen können oder das die Medikamente, die sie erhalten, unter den Bereich der Psychopharmaka fallen. Beeinflussende Umstände durch die längerfristige – den Therapeutinnen und Therapeuten aber unbekannte – Einnahme von beispielsweise Benzodiazepinen zur Behandlung von Schlafstörung, können so aufgedeckt werden. Eine solche Medikation kann das Outcome einer Therapie erheblich beeinträchtigen. Weiterhin ist es auch möglich, dass Patientinnen und Patienten einen kurzen stationären Aufenthalt aus Scham verschweigen oder nicht möchten, dass alle Behandelnden voneinander wissen. Diese Informationen könnte das QS-Verfahren durch den Einbezug von Sozialdaten bekommen.

8 ANMERKUNGEN ZUM ANHANG ZUM VORBERICHT

Im Dokumentationsbogen für die Leistungserbringenden wird auch die Lebenslange Arztnummer (LANR) abgefragt. Die KBV weist das IQTIG darauf hin, dass die LANR in allen anderen Verfahren (beispielsweise QS WI) gestrichen wurde, da dieses Datenfeld für die Berechnung der Qualitätsindikatoren nicht relevant ist. Daher bittet die KBV darum, dieses Datenfeld zu streichen und den Dokumentationsbogen anzupassen.

Im Anhang werden ab Seite 192 transparent und ausführlich die Kriterien zur Auswahl der Expertinnen und Experten für das Gremium, die ausgewählten Fachkräfte selbst und mögliche Interessenskonflikte dargestellt. Der große Anteil an Teilnehmern mit praktischer Erfahrung und Tätigkeit ist positiv hervorzuheben. Für die Prüfung der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Systemische Therapie fehlt allerdings eine Vertreterin oder ein Vertreter dieses Verfahrens, der ausschließlich als Systemischer

vertraulich

Therapeut tätig ist. Bezüglich der Unvoreingenommenheit oder Interessenskonflikten ist es für die KBV außerdem unverständlich, dass auf Seiten der Patientenvertretung Herr Prof. Dr. Dr. Waller in die Beratungen einbezogen wurde, da er auch als Berater für die Patientenvertretung in der AG DeQS auftritt, dort das Verfahren mitgestaltet und Zugang zu weiterführenden vertraulichen Informationen erhält. Bei zukünftigen beratenden Expertengremien sollte eine solche Doppelbesetzung unbedingt vermieden werden, da dies nach Auffassung der KBV die Bedingungen/Kriterien zur Teilnahme verletzt.

Die „Einrichtungsinterne Identifikationsnummer“ wird laut dem IQTIG der Patientin oder dem Patienten von der behandelnden Einrichtung zugewiesen und werde nicht an die Datenannahmestelle übermittelt. Der KBV erschließt sich dadurch der Sinn für eine Dokumentation nicht. Bei einem Stellungnahmeverfahren wird bisher immer die Vorgangsnummer des QS-Datensatzes zur Reidentifikation genutzt. Die KBV bittet um Klärung.

9 REDAKTIONELLE UND WEITERE HINWEISE

Die Aussage auf Seite 33, dass über 50 % der Patientinnen und Patienten eine sekundäre Suchtproblematik aufweisen, sollte belegt werden. Es wäre empfehlenswert diesen Absatz um weitere Diagnosen zu erweitern, um das Gesamtspektrum psychotherapeutischer Praxen realistisch abzubilden. Die Indikationsvielfalt sollte klarer herausgestellt werden.

Tabelle 5 auf Seite 72/73 kommt auf insgesamt 74,1 % anstelle von 100 %. Zudem wird im Text davon gesprochen das 53,5% der Betroffenen eine Verhaltenstherapie erhalten, während es laut der Tabelle nur 43 % sind. Die KBV bittet diesbezüglich um Klärung und Anpassung der Tabelle und/oder des Textes.

Auf Seite 76 ist die Tabelle 7 missverständlich. Vermutlich sind hier Komorbiditäten inkludiert und dadurch mehrfach Nennungen möglich, so dass die Tabelle in Summe am Ende mehr als 100 % ausgibt. Die KBV bittet das IQTIG darum, die Beschriftung mit z. B. „inklusive Komorbiditäten“ zu ergänzen.

Grundlage des Konsiliarverfahrens ist das Psychotherapeutengesetz, nicht allein die Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung (Bericht S. 26).

Auf Seite 25 des Berichtes wirkt es so, als ob alle Richtlinientherapien gutachterpflichtig gewesen seien. Dies trifft so nicht zu. Es gab für entsprechend erfahrene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine Befreiung von der Gutachterpflicht für die Kurzzeittherapien.

Die Darstellung, dass das Therapieende seit Sommer 2020 qua Pseudo-GOP angezeigt wird, fehlt auf Seite 24 des Berichts und wird erst auf Seite 123 ergänzt.

Die Information, dass Sprechstunden auch nach Rehabehandlungen entfallen können, wird erst auf Seite 29 in der Graphik ersichtlich. Hilfreich wäre ein Hinweis dazu schon auf Seite 23 des Berichts.

Bei der Charakterisierung der Probatorik fehlt das Wort *können* auf Seite 23 des Berichts. In der aktuellen Version liest es sich, als sei das Minimum von zwei auf vier Sitzungen angehoben.

Auf Seite 27 wird darauf hingewiesen, dass Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten seit 2018 Soziotherapie und ab 2020 weitere Heilmittel verordnen dürfen. Diese Neuerung ist nicht auf die Änderung der Psychotherapie-Richtlinie zurückzuführen, sondern auf die Änderung des Bundesmantelvertrages.

Im gesamten Bericht sollte die Schreibweise „Psychologische Psychotherapeuten“ verwendet werden, da dies eine normierte Berufsbezeichnung ist.

Auf Seite 32 sollte klargestellt werden, dass es Sprechstunden vor 2017 nicht gab. Dementsprechend konnte die Wartezeit nicht „gesenkt“ werden.

Vertraulich

Stellungnahme der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V zum Vorbericht des IQTIG:

„Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“

(Stand: 22. März 2021)

29.04.2020

vertraulich

Ansprechpartner/in:

Prof. Dr. Dr. Heiko Waller, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG)
waller.berlin@t-online.de

Dipl.-Psych. Jürgen Matzat, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG)
juergen.matzat@psycho.med.uni-giessen.de

Cordula Mühr MD MPH, DBR / Sozialverband Deutschland e.V. (SOVD)
cordulamuehr@yahoo.de

Deutscher Behindertenrat | BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen und -initiativen | Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. | verbraucherzentrale Bundesverband

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht des IQTIG - QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 3
2. Hintergrund (Rechtliche Regelungen und Versorgungspraxis) 3
3. Methodisches Vorgehen 8
   - Leitlinien- und Literaturrecherche 8
   - Fokusgruppen 9
   - Einbindung externer Expertinnen und Experten 11
4. Entwicklung der Qualitätsindikatoren 12
   - Qualitätsaspekt „Diagnostik“ 13
   - Qualitätsaspekt „Therapiezielvereinbarung“ 14
   - Qualitätsaspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“ 15
   - Qualitätsaspekt „Kooperation“ 16
   - Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“ 17
   - Qualitätsaspekt „Outcome“ 18
5. Umsetzungs- und Auswertungskonzept sowie Schritte bis zum Regelbetrieb 20
   - Umsetzungs- und Auswertungskonzept 20
   - Schritte bis zum Regelbetrieb 21

Hinweis: Die im Text aufgeführten Seitenzahlen und wörtliche Zitate beziehen sich, so weit nicht anders gekennzeichnet, auf den vom IQTIG vorgelegten Vorbericht (Stand: 22.03.2020).

vertraulich

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht des IQTIG - QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

1. Einleitung

Pro Jahr nehmen fast 1,5 Millionen Patientinnen und Patienten eine Psychotherapie in Einzelbehandlung, entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie), in Anspruch. Dafür stehen allein für Erwachsene mit psychischen Erkrankungen ca. 28.000 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Verfügung.

Dennoch ist dieser große und relevante Versorgungsbereich mit einer hohen Zahl an LeistungserbringerInnen und Behandlungsfällen bisher noch nicht in die gesetzliche externe Qualitätssicherung gemäß § 135a SGB V bzw. § 136 Abs. 1 SGB V einbezogen. Dies wurde mit der Novellierung des § 136a Abs. 2a SGB V im Jahr 2019 gesetzlich eingefordert.

„Entsprechend der Beauftragung ist sowohl ein fallbezogenes Instrumentarium für den Einsatz in der ambulanten psychotherapeutischen Einrichtung zu entwickeln als auch eine Patientenbefragung zur Abbildung der Patientenperspektive. Das Ergebnis der Entwicklungen soll ein gemeinsames Set von Qualitätsindikatoren sein, die sich gegenseitig hinsichtlich der Ziele des Qualitätsverfahrens sowie hinsichtlich der Adressierung des Qualitätsmodells ergänzen“ (S. 19). Der vorliegende Vorbericht adressiert ausschließlich die Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf der Basis einer QS-Dokumentation der Leistungserbringer.

Die Stellungnahme der Patientenorganisationen im G-BA orientiert sich an der Gliederung des Vorberichts. Dieser umfasst 156 Seiten. Der Hauptteil der Stellungnahme bezieht sich auf das Kapitel 5 „Entwicklung der Qualitätsindikatoren“. Dabei werden das zum Vorbericht gehörende Indikatorenset 1.0 (54 Seiten) sowie der Anhang zum Vorbericht (203 Seiten) des IQTIG einbezogen.

2. Hintergrund (Rechtliche Regelungen und Versorgungspraxis)

Am 17.7.2014 hatte der G-BA die damalige Institution nach § 137a SGB V, das AQUA-Institut, mit der Erstellung einer Konzeptstudie für ein einrichtungsübergreifendes, sektorspezifisches QS-Verfahren zum Thema ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter beauftragt - *„mit dem Ziel, die notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten mit ambulanter Psychotherapie zu sichern, die Qualität*

vertraulich

in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu fördern, die Prozess- und Ergebnisqualität ambulanter Psychotherapie darzustellen, Verbesserungspotentiale zu identifizieren, einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu fördern und valide und vergleichbare Erkenntnisse über die Versorgungsqualität zu gewinnen".

Die Konzeptstudie sollte als Entscheidungshilfe für eine mögliche Beauftragung der Entwicklung eines QS-Verfahrens dienen. Das AQUA-Institut empfahl ein diagnose- und verfahrensunabhängiges QS-Verfahren für die Therapie im Einzelsetting bei volljährigen Patientinnen und Patienten. Darüber hinaus schlug das AQUA-Institut als Erhebungsinstrumente sowohl eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation als auch eine Patientenbefragung vor. Die vom AQUA-Institut vorgelegte Konzeptskizze wurde am 17.12.2015 vom Plenum des G-BA abgenommen.

Am 17.5.2018 erfolgte der Beschluss des G-BA über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter auf der Basis der von AQUA erarbeiteten Konzeptskizze:
„Das IQTIG wird beauftragt, ein einrichtungsübergreifendes zunächst sektorspezifisches QS-Verfahren zu entwickeln für die ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Das IQTIG hat dazu die vom AQUA-Institut recherchierten Qualitätspotenziale und Versorgungsziele unter Berücksichtigung der aktuellen Psychotherapie-Richtlinie zu überprüfen und zu aktualisieren und in einem Qualitätsmodell für das gesamte QS-Verfahren einschließlich der Patientenbefragung abzubilden. Darüber hinaus soll das IQTIG eine Einschätzung der Voraussetzungen für eine mögliche Umsetzung geben sowie auf dieser Basis Instrumente und Indikatoren zur Beurteilung der Prozess- und – soweit sachgerecht abbildbar- Ergebnisqualität zu entwickeln. Die zu entwickelnden Instrumente und Indikatoren sollen neben den messenden und vergleichenden Aspekten auch auf die Förderung der Qualität ausgerichtet sein……Zielgruppe des Verfahrens sind Erwachsene (ab 18 Jahren), die eine psychotherapeutische Kurzzeit- oder Langzeittherapie bei ärztlichen oder psychologischen PsychotherapeutInnen in Anspruch nehmen…..Das Verfahren soll- unabhängig von der spezifischen Diagnose und unabhängig vom angewandten psychotherapeutischen Verfahren…..1. die qualitätsrelevanten Prozesse im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlungs- und Anwendungsformen untersuchen und messen. 2.Darüber hinaus soll geprüft werden, ob Aspekte der Ergebnisqualität (z.B.

vertraulich

Veränderung der Symptomatik; Veränderung der Funktionalität) erfasst werden können…..Es ist sicherzustellen, dass das QS-Verfahren nicht in den therapeutischen Behandlungsprozess eingreift z.B. durch die Vorgabe bestimmter psychologischer Testverfahren….Zu den ambulanten psychotherapeutischen Einrichtungen zählen vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Praxen und Medizinische Versorgungszentren….Zur Abbildung der Patientenperspektive ist eine Patientenbefragung mit einem validen Patientenfragebogen zu entwickeln. Das zu entwickelnde Befragungsinstrument ist integraler Bestandteil des QS-Verfahrens und greift die Qualitätsaspekte/- merkmale auf, die am besten über eine Patientenbefragung abgebildet werden können (qualitätsrelevante Prozesse und- soweit sachgerecht abbildbar- patientenbezogene Ergebnisqualität) …".

Die Einbeziehung der Patientenbefragung als gleichberechtigte Methode in das QS-Verfahren wird von den Patientenorganisationen ausdrücklich begrüßt.

Der Beschluss des G-BA zur Beauftragung des IQTIG wurde deshalb so ausführlich zitiert, weil er dem IQTIG eine Reihe von Vorgaben macht, die den Entwicklungsprozess des QS-Verfahrens deutlich einengen: dazu gehören der Focus auf die Prozessqualität mit gleichzeitiger Einschränkung der Erhebung der Ergebnisqualität („soweit sachgerecht abbildbar") sowie die Aufforderung, sicherzustellen, „dass das QS-Verfahren nicht in den therapeutischen Behandlungsprozess eingreift z.B. durch die Vorgabe bestimmter psychologischer Testverfahren". Darüber hinaus soll das QS-Verfahren diagnose- und therapieverfahrensunabhängig sein.

Wie schon in ihrer Stellungnahme zu den Zwischenberichten des IQTIG zum QS-Verfahren ambulante Psychotherapie von 2019 (zum Qualitätsmodell) und 2020 (zur Patientenbefragung) kritisieren die Patientenorganisationen, dass die Psychiatrischen und Psychotherapeutischen Institutsambulanzen als Leistungserbringer der ambulanten Psychotherapie nicht in das QS-Verfahren einbezogen worden sind.

Zeitlich zwischen der Abnahme der von AQUA erarbeiteten Konzeptskizze durch den G-BA im Jahr 2015 und der Beauftragung des IQTIG zur Durchführung des QS-Verfahrens ambulante Psychotherapie im Jahr 2018 erfolgte im Kontext des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in

vertraulich

der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) eine umfängliche Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie, die Anfang 2017 in Kraft trat. Als Neuerungen sind u.a. die Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Akutbehandlung und der Rezidivprophylaxe sowie die Festlegung der telefonischen Erreichbarkeit zu nennen.

Darüber hinaus erfolgten weitere Änderungen der Psychotherapie-RL wie die Anerkennung der Systemischen Therapie als viertes Richtlinienverfahren (2018), die Regelungen über Psychotherapie für Menschen mit einer geistigen Behinderung (2018), die Möglichkeit der Verordnung von Soziotherapie (2018) und – durch Änderung der Heilmittel-Richtlinie – von Ergotherapie (2020) sowie die Förderung der Gruppentherapie, die Vereinfachung des Gutachterverfahrens und die Erweiterung der Angebote für Gruppensitzungen im Rahmen der „Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung“ (2020).

Im Jahr 2019 – also während der Entwicklung des QS-Verfahrens ambulante Psychotherapie durch das IQTIG – erfolgte die Novellierung des § 136a Abs. 2a SGB V mit nun folgendem Wortlaut:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31.12. 2022 in einer Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 ein einrichtungsübergreifendes sektorspezifisches Qualitätssicherungsverfahren für die ambulante psychotherapeutische Versorgung. Es hat dabei insbesondere geeignete Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie Mindestvorgaben für eine einheitliche und standardisierte Dokumentation, die insbesondere eine Beurteilung des Therapieverlaufs ermöglicht, festzulegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31.12. 2022 zusätzlich Regelungen, die eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung unterstützen“.

Die Patientenorganisationen begrüßen die Forderung des Gesetzgebers, auch geeignete Indikatoren zur Beurteilung der Struktur- und Ergebnisqualität festzulegen. Die Patientenvertretung hatte dies bereits inhaltlich für die diesem Bericht zugrundeliegende Beauftragung des IQTIG vom 17. Mai 2018 gefordert.

Zum Aspekt der gesetzlichen Rahmenbedingungen und Vorgaben zur Erstellung eines QS-Verfahrens ambulante Psychotherapie soll schließlich noch auf ein Gesetz hingewiesen werden,

vertraulich

das ebenfalls geeignet ist, die Versorgungslandschaft auch bezüglich der Richtlinien-Psychotherapie zu verändern: Gemeint ist der § 92 Abs. 6b SGB V, der folgenden Wortlaut hat:
„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. 12. 2020 (wurde aufgrund der Coronapandemie um 1 Jahr verschoben) in einer Richtlinie nach Absatz 1 Satz 1 Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Der GBA kann dabei Regelungen treffen, die diagnoseorientiert und leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren……“.

Mit dieser Richtlinie soll auch die Kooperation der PsychotherapeutInnen mit anderen Behandlern in der ambulanten psychiatrischen Versorgung intensiviert werden. Darüber hinaus soll erreicht werden, dass sich die PsychotherapeutInnen auch schwerer psychisch erkrankten PatientInnen mehr widmen als bisher. So hat eine große Studie der Barmer zur psychotherapeutischen Versorgung festgestellt, dass PatientInnen mit schweren psychischen Erkrankungen nach der Reform von 2017 nicht häufiger in Psychotherapie genommen werden als vor der Reform (vgl. Barmer Arztreport 2020).

Zur **Versorgungspraxis** in der ambulanten Psychotherapie werden nach entsprechender systematischer Literaturrecherche im Vorbericht eine Reihe interessanter Studien und Daten ausgewertet. Der Vorbericht informiert über Studien zur Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland, über die Versorgungsdichte durch PsychotherapeutInnen, über den Zugang zur ambulanten Psychotherapie, über weitere Charakteristika der Versorgung von PatientInnen sowie über volkswirtschaftliche Konsequenzen von psychischen Erkrankungen.
Hinsichtlich der Versorgungsdichte bestehen nach wie vor erhebliche regionale Unterschiede: die Versorgungsdichte ist (mit Ausnahme des Ruhrgebiets) in Großstädten deutlich höher als in ländlichen Gegenden; teilweise gelten diese Unterschiede auch zwischen alten und neuen Bundesländern. Auch hinsichtlich des Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung bestehen trotz deutlicher Verbesserungen in der Folge der Änderung der Psychotherapie-Richtlinie von 2017 weiterhin für Patientinnen und Patienten sehr lange Wartezeiten auf eine Richtlinien-Psychotherapie (durchschnittlich ca. 20 Wochen, S.32).

vertraulich

Chancenungleichheiten hinsichtlich des Erhalts einer Richtlinien-Psychotherapie bestehen nach wie vor für Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status sowie für ältere Menschen – trotz ihres höheren psychotherapeutischen Bedarfs (S. 33). Der Arztreport der Barmer kommt zu vergleichbaren Ergebnissen (Barmer 2020, S. 126ff).

Die Patientenorganisationen begrüßen die umfangreiche Literaturrecherche über die Versorgungspraxis ambulanter Psychotherapie in Deutschland. Darin werden auch strukturelle Defizite in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung benannt, die im Rahmen eines erweiterten QS-Verfahrens unter Einbeziehung der Struktur- bzw. Systemqualität adressiert werden sollten.

vertraulich

3. Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel werden folgende Methoden näher betrachtet und bewertet:

- die Leitlinien- und Literaturrecherche
- die Fokusgruppen
- die Einbindung externer ExpertInnen

Leitlinien- und Literaturrecherche

Der Vorbericht enthält eine umfassende Recherche der Leitlinien und der Literatur das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie betreffend, die aufbauend auf den Zwischenberichten für den Abschlussbericht aktualisiert wurde. Es wurden 28 diagnosespezifische Leitlinien, die derzeit Gültigkeit haben, für die Entwicklung der Qualitätsmerkmale eingeschlossen. Die Literaturrecherche ergab 18 Studien zur Versorgungssituation und 34 Studien zu Wirkfaktoren, Prädiktoren und Nebenwirkungen / unerwünschten Wirkungen von ambulanter Psychotherapie.

Die Darstellung der Inhalte der Leitlinienrecherche sowie der Literaturrecherche gliedert sich entsprechend den selektierten Qualitätsaspekten des Qualitätsmodells wie folgt:

- Diagnostik
- Therapiezielvereinbarung
- Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf

- Kooperation
- Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes
- Outcome

Die Autoren des Vorberichts weisen darauf hin, dass *„nur sehr wenig wissenschaftliche Erkenntnisse aus der Literatur für Deutschland im Bereich der Versorgungssituation sowie zu den Wirkfaktoren der ambulanten Psychotherapie existiert“* (S. 47).

Die Patientenorganisationen regen die Einbeziehung des Barmer Ärztereport 2020 in die Literaturrecherche an, der einen Schwerpunkt auf die ambulante Psychotherapie mit der Auswertung von rund acht Millionen Versichertendaten und einer repräsentativen Befragung von 2.000 Barmer-Versicherten u.a. über den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung und zur Zufriedenheit mit unterschiedlichen Aspekten der Behandlung legt. Die Autoren dieses Reports waren auch an der Erarbeitung der Konzeptstudie durch AQUA beteiligt.

Die Patientenorganisationen anerkennen die umfassende Leitlinien- und Literaturrecherche durch das IQTIG.

vertraulich

Fokusgruppen

Gemeinsam mit den Erkenntnissen aus der Leitlinien- und Literaturrecherche dienen die Ergebnisse aus Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dazu, Qualitätsmerkmale als Ausgangspunkt für Indikatoren abzuleiten und Verbesserungsbedarfe zu identifizieren. Sowohl für die Entwicklung des Qualitätsmodells als auch zur Vorbereitung der Patientenbefragung wurden Fokusgruppen mit Betroffenen durchgeführt mit unterschiedlich langen und z.T. abgeschlossenen Therapien, um die Kurzzeittherapie 1 (bis 12 Termine), die Kurzzeittherapie 2 (13-24 Termine) und die Langzeittherapie (mindestens 25 Termine) abbilden zu können. Um eine möglichst repräsentative Zusammensetzung der Fokusgruppen zu erreichen, wurden weitere Merkmal wie Diagnose, Therapieverfahren, Behandlungsform, Alter, Geschlecht und Bildungshintergrund berücksichtigt. An den Fokusgruppen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben sowohl ärztliche als auch psychologische PsychotherapeutInnen aus den seinerzeit drei anerkannten Richtlinien-Psychotherapieverfahren

teilgenommen. Insgesamt wurden 13 Fokusgruppen durchgeführt. Da im Vorbericht keine weiteren Aussagen über die Zahl der TeilnehmerInnen (Patientinnen und Patienten bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) gemacht wurden, wurden die Zwischenberichte konsultiert: Danach wurden im Rahmen der Entwicklung der Patientenbefragung (Zwischenbericht 2020) 4 Fokusgruppen mit PatientInnen und 2 Fokusgruppen mit TherapeutInnen durchgeführt. Teilgenommen hatten in jeder Gruppe 6-8 Personen. Im Rahmen der Entwicklung des Qualitätsmodells (Zwischenbericht 2019) wurden 4 Fokusgruppen mit insgesamt 31 PatientInnen und 3 Fokusgruppen mit insgesamt 16 ambulant tätigen psychologischen und ärztlichen PsychotherapeutInnen durchgeführt.

Aufgabe der Fokusgruppen mit PatientInnen war es, Charakteristiken oder Ereignisse der Versorgung zu berichten, die aus ihrer Sicht von hoher Relevanz für die Qualität der Versorgung sind und von den PatientInnen in gleicher Weise beobachtbar und beurteilbar sind. Die Fokusgruppen mit den PsychotherapeutInnen sollten die patientenrelevanten Themen aus ihrem Erfahrungshorizont heraus ergänzen (S. 31f im Zwischenbericht von 2019). Im Einzelnen standen folgende Fragen im Vordergrund:

- Wie erleben PatientInnen ihre ambulante psychotherapeutische Versorgung?
- Was sind für PatientInnen zentrale Elemente einer psychotherapeutischen Behandlung?
- Welche qualitätsrelevanten Themen und welche konkreten Anforderungen an die Qualität der Versorgung, die für PatientInnen von Relevanz sind, lassen sich identifizieren?
- Was ist für PatientInnen in der Kommunikation und Interaktion während ihrer Psychotherapie wichtig?
- Wie erleben PatientInnen das Ergebnis ihrer Behandlung (S. 53 im Vorbericht von 2021)?

Die Patientenorganisationen begrüßen die umfassend aufbereitete Einbeziehung von Fokusgruppen von PatientInnen und von PsychotherapeutInnen durch das IQTIG als weitere wichtige Datenquelle für die Beschreibung der Qualitätsmerkmale und des Verbesserungsbedarfs.

vertraulich

Einbindung externer Expertinnen und Experten

Anhand eines umfassenden Auswahlverfahrens wurden 19 ExpertInnen in die Beratung einbezogen. Durch Berücksichtigung von Geschlecht, Berufserfahrung, Qualifikation, angewandtes Therapieverfahren, Zugehörigkeit zu Fachgesellschaften, geografischem Versorgungsgebiet etc. gelang es, eine ausgewogene Zusammensetzung des Expertengremiums zu erreichen. Weiterhin wurden vier PatientenvertreterInnen in das Expertengremium einbezogen.

Inhaltliches Ziel der Expertenkonsultation ist es, eine Einschätzung der Entwicklungsarbeiten des IQTIG bezüglich der vom Qualitätsmodell abgeleiteten Qualitätsmerkmale als Vorstufe der Qualitätsindikatoren für den betrachteten Versorgungsbereich zu erhalten. Die Qualitätsmerkmale wurden anhand folgender Eignungskriterien durch die ExpertInnen geprüft:

- *Bedeutung für die PatientInnen*
- *Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel*
- *Übereinstimmung mit einem Qualitätsaspekt*
- *Potenzial zur Verbesserung*
- *Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer*
- *Zuschreibbarkeit der Verantwortung*
- *Berücksichtigung unerwünschter Wirkungen* (S. 55)

Darüber hinaus erfolgte eine Einschätzung der Qualitätsindikatoren durch die ExpertInnen hinsichtlich der beauftragungsspezifischen Anforderungen der Unabhängigkeit von einer spezifischen Diagnose und von dem angewandten Psychotherapieverfahren einschließlich der Anwendbarkeit auf die Systemische Therapie.

Die Patientenorganisationen begrüßen die Einbeziehung von ExpertInnen und PatientenvertreterInnen in die Entwicklung und Beratung der Qualitätsindikatoren.

vertraulich

4. Entwicklung der Qualitätsindikatoren

Für die Entwicklung der Qualitätsindikatoren wurden für die selektierten Qualitätsaspekte des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells Qualitätsmerkmale abgeleitet und darauf aufbauend erste Indikatorenentwürfe entwickelt. Hierauf folgte die Operationalisierung der Entwürfe hin zu Qualitätsindikatoren und die abschließende Reflexion des Indikatorensets. Für die Entwicklung der Qualitätsindikatoren wurde das IQTIG durch das Expertengremium unterstützt. Ausgangspunkt waren 15 durch das IQTIG erarbeitete patientenrelevante Qualitätsaspekte für die Versorgung mit ambulanter Richtlinien-Psychotherapie. Für diese Qualitätsaspekte wurde geprüft, inwieweit ein Verbesserungsbedarf für die PatientInnen besteht, ob die Qualitätsaspekte grundsätzlich durch die Qualitätssicherung erfassbar und von den Leistungserbringern beeinflussbar sind.

Von den 15 Qualitätsaspekten wurden nach dieser Überprüfung die folgenden 12 für das Qualitätsmodell des QS-Verfahrens selektiert:

- Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und den Behandlungsoptionen
- Diagnostik
- Information zu den Rahmenbedingungen
- Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie
- Gemeinsame Behandlungsplanung
- Therapiezielvereinbarung
- Kommunikation und Interaktion mit PatientInnen in der psychotherapeutischen Versorgung
- Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf
- Kooperation
- Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes
- Outcome

vertraulich

Nicht selektiert wurden die Qualitätsaspekte „Therapeutische Beziehung“, „Indikationsstellung“ und „Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung“. Für den Aspekt „Indikationsstellung“ konnte kein Verbesserungsbedarf festgestellt werden. Für die Beurteilung des Aspekts „Therapeutische Beziehung“ wurde die Methode der Patientenbefragung als besser geeignet angesehen. Für den Aspekt des „*Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung“* schreibt das IQTIG: *“So besteht beim Aspekt zum Zugang zur Versorgung zwar ein erheblicher Verbesserungsbedarf, dieser ist jedoch nicht durch den einzelnen Leistungserbringer beeinflussbar.“ (S.18)*

Die Patientenorganisationen fordern, dass der Qualitätsaspekt des Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung im Rahmen der aufgrund der Novellierung des § 136a Abs. 2a SGB V notwendig gewordenen Berücksichtigung der Strukturqualität im QS-Verfahren ambulante Psychotherapie untersucht wird. Weiterhin fordern die Patientenorganisationen, dass die darüber hinaus gehenden und in der Literaturrecherche genannten Chancenungleichheiten hinsichtlich des Erhalts einer Richtlinienpsychotherapie im Rahmen einer Revision der Bedarfsplanung für Psychotherapie beseitigt werden.

vertraulich

Aus den verbliebenen Qualitätsaspekten wurden vom IQTIG – unter Zugrundelegung der Ergebnisse aus der Leitlinien- und der Literaturrecherche sowie den Fokusgruppen – 9 Qualitätsindikatoren entwickelt und mit dem Expertengremium diskutiert und abgestimmt.

Entsprechend diesem Vorgehen sollen zunächst jeweils die vom IQTIG formulierten Qualitätsmerkmale und Indikationsentwürfe vorgestellt werden und daran anschließend die aufgrund der ausführlichen Diskussionen mit dem Expertengremium modifizierten und konsentierten Qualitätsindikatoren. Bei diesem Vorgehen wird die gesonderte Veröffentlichung des IQTIG zum Indikatorenset 1.0 einbezogen.

Qualitätsaspekt „Diagnostik“

Für den Qualitätsaspekt „Diagnostik“ wurden vom IQTIG zwei Qualitätsmerkmale herausgearbeitet:

- Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e und Dokumentation des Gesprächs/der Gespräche mit Erhebung der Symptomatik, ausführlicher (biografischer) Anamnese, Erhe-

bung psychischer Komorbiditäten, Medikamentenanamnese, Erhebung der Behandlungsgeschichte, Erhebung der funktionalen Einschränkung, Erhebung der Lebensqualität, ggf. Substanzmissbrauch, ggf. Abklärung Suizidalität

- Einsatz von geeigneten, validierten störungsspezifischen Messinstrumenten und Dokumentation der Ergebnisse

Nach der Diskussion im Expertengremium wurden folgende Qualitätsindikatoren konsentiert:

- Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen
- Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten

Die Patientenorganisationen tragen die zwischen dem IQTIG und dem Expertengremium konsentierten Qualitätsindikatoren mit.

Qualitätsaspekt „Therapiezielvereinbarung“

Für den Qualitätsaspekt „Therapiezielvereinbarung“ wurden vom IQTIG zwei Qualitätsmerkmale herausgearbeitet:

- Gemeinsames Festlegen der Therapieziele zwischen Therapeutin/Therapeut und Patientin/Patient
- Überprüfung der Therapieziele im Therapieverlauf

Nach der Diskussion im Expertengremium wurde folgender Qualitätsindikator konsentiert:

- Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen

(Das Qualitätsmerkmal „Überprüfung der Therapieziele im Therapieverlauf“ wurde dem folgenden Qualitätsaspekt zur Überprüfung des Therapiefortschritts zugeordnet und wird dort inhaltlich weitergeführt.)

Die Patientenorganisationen fordern, dass die Patientinnen und Patienten bei der Formulierung von Therapiezielen im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung (shared decision making) einbezogen werden.

vertraulich

Die partizipative Entscheidungsfindung wird in deutschen sowie in internationalen Leitlinien zur Behandlung psychischer Erkrankungen eingefordert, so z.B. in der S3-Leitlinie Unipolare Depression (S. 50f der Langfassung von 2015) und in der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S. 58f der Langfassung von 2018). Depressionen machen in den psychotherapeutischen Praxen in Deutschland ca. 57% der Behandlungsfälle aus (IQTIG Vorbericht S. 76).

In der gerade in Konsentierung befindlichen Revision der S3-Leitlinie zu Angststörungen wird „Aufklärung und partizipative Entscheidungsfindung“ unter den allgemeinen Behandlungsprinzipien abgehandelt.

Auch das britische National Institute for Health and Care Excellence (NICE) definiert in zahlreichen Stellungnahmen und Guidelines „Shared decision making“ als Qualitätsmerkmal einer guten Behandlung: „All NICE guidance recommends shared decision making, and several NICE quality standards identify and define shared decision making as part of good quality care“ (https://www.nice.org.uk/advice/ktt23/resources/shared-decision-making-pdf-58758011521477). Als Beispiel sei die Leitlinie zur Behandlung von Generalisierten Angst- und Panikstörungen von 2019 genannt, in der es heißt: „explore treatment options collaboratively with the person, indicating that decision making is a shared process“ (https://www.nice.org.uk/guidance/cg113).

vertraulich

Qualitätsaspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“

Für den Qualitätsaspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“ wurden vom IQTIG 5 Qualitätsmerkmale herausgearbeitet:

- Regelmäßige Erhebung des Therapiefortschritts im Verlauf (therapiebegleitende Evaluation)
- Überprüfung des Therapiefortschritts anhand der spezifischen Behandlungsziele
- Überprüfung des Therapiefortschritts anhand der Symptomatik
- Überprüfung des Therapiefortschritts anhand des psychosozialen Funktionsniveaus

- Einsatz von geeigneten Skalen oder validierten Instrumenten zur Selbst- und Fremdbeurteilung zur Überprüfung des Therapiefortschritts sowie Dokumentation der Ergebnisse

Nach der Diskussion im Expertengremium wurden folgende Qualitätsindikatoren konsentiert:

- Reflexion des Therapieverlaufs
- Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf

Die Patientenorganisationen fordern, dass die Patientinnen und Patienten in die Reflexion des Therapieverlaufs im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung (shared decision making) einbezogen werden. Die vereinbarten Therapieziele sollten gemeinsam überprüft werden, ggf. modifiziert oder die Rangfolge von Zwischenzielen geändert werden. Vor allem geht es darum, möglichst frühzeitig ungünstige Therapieverläufe zu erkennen, um entsprechende Maßnahmen einleiten zu können.

Qualitätsaspekt „Kooperation“

Für den Qualitätsaspekt „Kooperation“ wurden vom IQTIG 4 Qualitätsmerkmale herausgearbeitet:

- Absprachen und Kommunikation mit mitbehandelnden Fachärztinnen und Fachärzten oder Hausärztinnen und Hausärzten bezüglich einer bestehenden behandlungsbegleitenden Medikation
- Absprachen und Kommunikation mit nichtärztlichen Mitbehandlerinnen und Mitbehandlern wie ErgotherapeutInnen, SozialtherapeutInnen
- Absprachen und Kommunikation mit sozialpsychiatrischen bzw. psychosozialen Institutionen
- Absprachen und Kommunikation in Vorbereitung oder im Nachgang eines stationären Aufenthalts mit den stationären Leistungserbringern

Nach der Diskussion im Expertengremium wurde folgender Qualitätsindikator konsentiert:

- Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten

vertraulich

Für die Patientenorganisationen ist der Qualitätsaspekt „Kooperation“ von herausragender Bedeutung. Gerade bei schwereren psychischen Erkrankungen, die darüber hinaus häufig chronisch verlaufen, ist eine Kooperation mit weiteren Behandlern wie z.B. mit Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen im ambulanten, halbstationären und stationären Bereich sowie ggf. mit Soziotherapeuten, Ergotherapeuten, ambulanten Pflegediensten essentiell für den Behandlungserfolg. Das gilt ebenso für (z. B. gemeindepsychiatrische) Einrichtungen außerhalb des SGB V sowie für Selbsthilfegruppen bzw. Selbsthilfe-Kontaktstellen.

Die derzeit im G-BA erarbeitete Richtlinie zur Komplexbehandlung schwer psychisch Kranker nach § 92 6b SGB V unter Einbeziehung der PsychotherapeutInnen ist ein Ausdruck der Tatsache, dass die Kooperation der Leistungserbringer verbesserungsbedürftig ist. Die gerade erschienene Arbeit von Schymainski u.a. (2021) zeigt, dass PsychotherapeutInnen im Rahmen der Behandlung relativ häufig Kontakte zu Fachärzten, Selbsthilfegruppen, Drogen- und Suchtberatungsstellen etc. haben, nicht jedoch zu Einrichtungen zur Förderung der beruflichen Teilhabe und der Teilhabe am Alltagsleben, die überwiegend außerhalb des SGB V verortet sind (vgl. Sozialmedizinische Interventionen in der Richtlinienpsychotherapie. Psychotherapeut 66: 156-162 (2021).) Die Befunde basieren auf der Befragung von 126 PsychotherapeutInnen mit allerdings unklarer Repräsentativität.

vertraulich

Die Patientenorganisationen tragen den zwischen dem IQTIG und dem Expertengremium konsentierten Qualitätsindikator mit.

Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“

Für den Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“ wurden vom IQTIG 5 Qualitätsmerkmale herausgearbeitet:

- Erhebung und Dokumentation eines ausreichenden Therapiefortschritts anhand der spezifischen individuellen Therapieziele, der Symptomatik, des psychosozialen Funktionsniveaus mit dem Patienten / der Patientin, der ausreichend ist, um die Abschlussphase einzuleiten

- Einsatz von geeigneten Skalen oder validierten Instrumenten zur Selbst- und Fremdbeurteilung zur Überprüfung eines ausreichenden Therapiefortschritts sowie Dokumentation der Ergebnisse
- Besprechen, Konsentieren und Dokumentieren der Therapieziele für die Abschlussphase der Psychotherapie durch den Therapeuten / die Therapeutin und den Patienten / die Patientin
- Besprechen, Konsentieren und Dokumentieren des geplanten Vorgehens für die Abschlussphase der Psychotherapie durch den Therapeuten / die Therapeutin und den Patienten / die Patientin
- Besprechen und Konsentieren einer ggf. vorliegenden Indikation für eine Rezidivprophylaxe

Nach der Diskussion im Expertengremium wurden folgende Qualitätsindikatoren konsentiert:

- Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie
- Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses

vertraulich

Die Patientenorganisationen fordern, dass die Patientinnen und Patienten bei der Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung (shared decision making) einbezogen werden. Die Reflexion des Therapieverlaufes sollte auch gemeinsam erfolgen.

Qualitätsaspekt „Outcome“

Für den Qualitätsaspekt „Outcome“ wurden vom IQTIG 6 Qualitätsmerkmale herausgearbeitet:

- Erreichen individuell gesetzter Therapieziele (Grad der Therapiezielerreichung)
- Verbesserung der Symptomatik
- Verbesserung der Funktionalität

- Verbesserung der (sozialen) Teilhabe
- Verbesserung der Lebensqualität
- Fertigkeiten und Strategien zur Krankheitsbewältigung (Selbstmanagementfähigkeiten und Copingstrategien, selbstwirksamer Umgang mit der Erkrankung und ihren Symptomen)

Die Qualitätsmerkmale „Verbesserung der (sozialen) Teilhabe“, „Verbesserung der Lebensqualität“ und „Fertigkeiten und Strategien zur Krankheitsbewältigung“ wurden bei der Indikatorenbildung für die fallbezogene QS-Dokumentation nicht weiterverfolgt, weil sie *„initial bei der parallel in der Entwicklung befindlichen Patientenbefragung verortet sind“* (S. 110). Begründet wird dies auch damit, „dass entsprechend der Beauftragung des G-BA für das zukünftige QS-Verfahren kein standardisiertes Instrument vorgegeben werden darf, was einer zielführenden Outcome-Erhebung durch die Leistungserbringer entgegensteht“ (ebenda).

Die Qualitätsmerkmale „Therapiezielerreichung“, „Symptomverbesserung“ und „Verbesserung der Funktionalität“ wurden dem Expertengremium zur Beratung vorgelegt.

Nach der Diskussion im Expertengremium wurde folgender Qualitätsindikator konsentiert:

- Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie

Wie der im Vorbericht ausführlich dokumentierten Diskussion im Expertengremium (S. 110- 115) zu entnehmen ist, wurde der Indikator "Outcome" aus verschiedenen Gründen nicht als Indikator der Ergebnisqualität, sondern als Indikator der Prozessqualität operationalisiert. Damit wird nicht das Behandlungsergebnis selbst erhoben, sondern es wird erhoben, ob der Therapeut/die Therapeutin die 3 konsentierten Aspekte, das Outcome zu beurteilen, berücksichtigt hat.

Die Patientenorganisationen unterstützen die vom IQTIG vorgeschlagenen Indikatoren für die Beurteilung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie. Das Behandlungsergebnis ist gemeinsam zwischen TherapeutInnen und PatientInnen zu bewerten und diese Bewertung ist zu dokumentieren.

vertraulich

5. Umsetzungs- und Auswertungskonzept sowie Schritte bis zum Regelbetrieb

Umsetzungs- und Auswertungskonzept

Die Durchführung des zukünftigen QS-Verfahrens soll auf Vorschlag des IQTIG, aufgrund der Anzahl der zu erwartenden Fälle sowie der Zahl der potentiell betroffenen Leistungserbringer, als länderbezogenes Verfahren gemäß Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) erfolgen. Für die fallbezogene Dokumentation durch die Leistungserbringer ist eine Vollerhebung vorgesehen, d.h. dass alle Behandlungsfälle der im QS-Verfahren eingeschlossenen Leistungen dokumentiert werden müssen. Die Begründung des IQTIGs (S.123) „*Wenngleich die bundesweite Fallzahl sehr hoch ist, verteilt sich diese auf eine ebenfalls sehr hohe Zahl von Leistungserbringern. Zudem werden pro Auswertungszeitraum nur die abgeschlossenen Fälle in die Qualitätssicherung eingeschlossen. Dadurch reduziert sich die Fallzahl pro Leistungserbringer erheblich, so dass ein Stichprobenverfahren die zur Auswertung zur Verfügung stehenden Fälle nochmals verringern und einer sinnvollen Auswertung auf Leistungserbringerebene entgegenstehen würde.*“ - ist von Seiten der Patientenvertretung nachvollziehbar.

Aufgrund der seit dem 30.Juni 2020 bestehenden Verpflichtung aller Leistungserbringer zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur gehen die Patientenorganisationen davon aus, das die Anwendung elektronischer Dokumentationsbögen für die fallbezogene QS-Dokumentation flächendeckend möglich sein wird. Auch wenn lt. PraxisBarometer Digitalisierung 2020 der KBV „*psychotherapeutische Praxen einen deutlich geringeren Digitalisierungsgrad aufweisen als andere Facharztgruppen*.“ (S.130)

Der vom IQTIG vorgeschlagene zweijährige Auswertungszeitraum, aufgrund der bei jährlicher Auswertung zu erwartenden sehr geringen Fallzahlen pro Therapeut, wurde bereits im Beauftragungstext des G-BA an das IQTIG erwähnt. Die im Bericht vorgelegten detaillierten Ausführungen auf S.132 „*Ein Stellungnahmeverfahren und eine qualitative Bewertung der Auffälligkeiten*

vertraulich

könnten demnach jeweils nach zwei Erfassungsjahren erfolgen. Dabei sollen alle Leistungserbringer im gleichen Rhythmus (nicht versetzt) ausgewertet werden, damit sie im Sinne eines Benchmarks miteinander vergleichbar bleiben. Dieses Vorgehen ermöglicht auch einen längeren Bearbeitungszeitraum für das Stellungnahmeverfahren und die Qualitätsförderungsmaßnahmen, was angesichts der sehr hohen Anzahl an Leistungserbringern entlastend für die beauftragten Stellen und die Expertengremien auf Landesebene wäre. …" - werden insbesondere im Hinblick auf die praktikable Umsetzung eines Leistungserbringervergleiches von den Patientenorganisationen begrüßt. Andererseits ist es jedoch bedauerlich, dass aufgrund des zweijährigen Auswertungszeitraumes Ergebnisse erst sehr zeitverzögert den Leistungserbringern in Form von Rückmeldeberichten (EJ A+2) und der Öffentlichkeit im Form des Bundesqualitätsberichtes (EJ A+3) zur Verfügung stehen (S.133: Abbildung 11). Andererseits sollte wie vom IQTIG vorgeschlagen (S.134) von (quartalsweise) Zwischenberichten abgesehen werden, wenn substanziell keine anderen Informationen zu erwarten wären.

Die auf S.133 formulierten weiterführenden und notwendigen Abstimmungen des Auswertungskonzeptes mit der für dieses Verfahren vorgesehenen Patientenbefragung sollten bereichsübergreifend im IQTIG erfolgen, um dem G-BA Empfehlungen für das Gesamtverfahren vorlegen zu können.

Die Patientenorganisationen unterstützen die Vorschläge des IQTIGs hinsichtlich des Umsetzungs- und Auswertungskonzeptes, bedauern jedoch die langen Zeiträume zwischen Erhebung der Daten und Vorlage von Rückmeldeberichten für die Leistungserbringer sowie der transparenten Veröffentlichung im Bundesqualitätsbericht.

Schritte bis zum Regelbetrieb

Die Ausführungen des IQTIGs zur Notwendigkeit einer Machbarkeitsprüfung können von den Patientenorganisationen nachvollzogen werden.
Die Patientenorganisationen sehen - ebenso wie vom IQTIG und dem Expertengremium empfohlen -, eine Risikoadjustierung als entbehrlich an.

vertraulich

Anlage zum Beschluss

Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

Ministerium für Soziales und Integration
Baden-Württemberg · Postfach 103443 · 70029 Stuttgart

Datum 30.04.2021
Name Michael Krier
Durchwahl 0711 123-3820
Aktenzeichen 53-5227.8-007/1
(Bitte bei Antwort angeben)

IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Entwicklung eines QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung/Beteiligungsverfahren

vertraulich

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen für Ihre E-Mail vom 22.03.2021 und das Angebot zum wissenschaftlichen Vorbericht des IQTIG Stellung zu nehmen.

Mit dem Vorbericht legen Sie einen Entwurf für die QS-Dokumentation der Leistungserbringer vor. Gestützt auf Leitlinien- und Literaturrecherche, Einbezug von Patientenstichproben und Expertenvertreterinnen bzw. Expertenvertreter wurden relevante Qualitätsaspekte und Qualitätsindikatoren formuliert, die in das Qualitätssicherungsverfahren Eingang finden sollen.

In Hinsicht auf die erfolgte Beauftragung sind die herausgearbeiteten Indikatoren nachvollziehbar. Zu begrüßen ist, dass eine patientenindividuelle Perspektive auf die Frage psychotherapeutischer Behandlungsqualität eingenommen wird. Zu vermissen ist eine trialogische Ausrichtung der hinzugezogenen Expertengruppen.

Wünschenswert wäre, die Zielgruppe der Qualitätssicherungsdokumentation auf alle versorgten Altersgruppen auszudehnen. Der G-BA Auftrag nimmt Behandlungen für

Zertifikat seit 2006
audit berufundfamilie

Patientinnen und Patienten aus, die zu Beginn der Behandlung noch nicht volljährig sind, was inhaltlich in Bezug auf die Befragungskomponente des vorgesehenen Qualitätsicherungsverfahrens, nicht aber für die QS-Dokumentation nachvollziehbar ist.

Eine konkrete Änderung schlagen wir vor in Bezug auf den Qualitätsaspekt „Zugang zur Versorgung“, für den im Entwurf kein Qualitätsindikator erstellt wurde:
Nach jetzigem Stand würde dieser Qualitätsaspekt in der QS-Dokumentation nicht abgebildet, was dem gesetzten Ziel einer flächendeckenden Information zum psychotherapeutischen Versorgungsgeschehen zu wider laufen würde. Auch wenn die Wartezeit auf eine Therapie im Einzelfall und für die jeweiligen Behandelnden nur begrenzt beinflussbar ist, sind Wartezeiten auf Behandlungsangebote bedeutsame Kennzahlen zur Einschätzung der psychotherapeutischen Versorgungssituation. Kapitel 2.3.2 des Vorberichts zeigt dies beispielhaft auf; eine daran orientierte Erhebung der Wartezeiten im Rahmen der QS-Dokumentation ist in Hinsicht auf die Planung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen zu empfehlen.

Mit freundlichen Grüßen

gez.
Krier

vertraulich

Anlage zum Beschluss

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Vorstand
Dr. Gregor Peikert, Präsident
Margitta Wonneberger, Vizepräsidentin
Dr. Sabine Ahrens-Eipper
Barbara Breuer-Radbruch
Dr. Dietmar Schröder
Johannes Weisang

Geschäftsführer
Dr. Jens Metge

vertraulich

Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Vorbericht

Stellungnahme

01.05.2021

OPK
Goyastraße 2d, 04105 Leipzig
Tel.: 0341-462432-0
Fax: 0341-462432-19
info@opk-info.de
www.opk-info.de

Bankdaten
Deutsche Kreditbank AG Berlin
IBAN: DE53 1203 0000 0010 8369 89
BIC: BYLADEM1001

Telefonsprechzeiten Mo.-Do.
09.00 bis 12.00 Uhr
12.30 bis 15.00 Uhr

Steuernummern
OPK: 231/149/04252
BgA: 231/144/04489

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Brandenburg
Mecklenburg-Vorpommern
Sachsen
Sachsen-Anhalt
Thüringen

Inhaltsverzeichnis

1 Grundsätzliche Bewertung der Arbeit des Expertengremiums 3

2 Patientenbefragung 3

3 Ein- & ausgeschlossene Patientengruppen 4

4 Indikatorenentwicklung zu den Qualitätsaspekten des Qualitätsmodells 5

4.1 Qualitätsaspekt „Diagnostik“ 5

4.2 Qualitätsaspekt „Therapiezielvereinbarung“ 6

4.3 Qualitätsaspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“ 7

4.4 Qualitätsaspekt „Kooperation“ 8

4.5 Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“ 9

4.6 Qualitätsaspekt „Outcome“ 10

5 Grundsätzliche Bewertung des Vorberichts 10

vertraulich

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Brandenburg
Mecklenburg-Vorpommern
Sachsen
Sachsen-Anhalt
Thüringen

1 Grundsätzliche Bewertung der Arbeit des Expertengremiums

Mitglieder des Expertengremiums, Ausgewogenheit, Zusammenarbeit IQTIG
Als Kriterien für die Auswahl der Expertinnen und Experten für das Expertengremium „Ambulante Psychotherapie“ wurde auf die persönliche Qualifikation, die Ausgewogenheit hinsichtlich der Berufsgruppen (Fachärztinnen/Fachärzte; Psychologinnen/Psychologen; Wissenschaftlerinnen/Wissenschaftler), des Versorgungsbereiches (ambulant sowie geographisch) und der beruflichen Tätigkeitsschwerpunkte (praktisch/klinisch oder theoretisch/wissenschaftlich) geachtet. Insbesondere die ausgewogene Verteilung der vier Therapieverfahren und die ausgewogene Mischung von Praktikern und Wissenschaftlern ermöglichte eine sehr intensive und produktive Zusammenarbeit. Den Expertinnen und Experten wurde über den gesamten Prozess die Möglichkeit gegeben, Anregungen, Kritik und Diskussionsbeiträge einzubringen. Diese wurden umfänglich in den vorliegenden Vorbericht aufgenommen.

Im Bericht fehlen bedauerlicherweise die statistische Auswertung (Mittelwerte, Verteilung) der Abstimmungsergebnisse der Expertinnen und Experten zu den einzelnen Indikatoren und deren Integration in den Entwicklungsprozess. Da diese insbesondere in Prozessen, die auf sukzessive Konsensbildung gerichtet sind, die Entwicklung des Ergebnisses nachvollziehbar machen, regen wir an, die statistische Auswertung in den Bericht aufzunehmen.

vertraulich

2. Patientenbefragung

Die Patientenbefragung hat im Rahmen des zu entwickelnden QS Verfahrens eine zentrale Bedeutung. Die Zuordnung der selektierten Qualitätsaspekte zu den Datenquellen des QS-Verfahrens „Ambulante Psychotherapie“ erfolgte in drei Kategorien:

- **ausschließlich mittels QS Dokumentation**: „Diagnostik“ und „Kooperation“
- **mittels Patientenbefragung und QS-Dokumentation**: „Therapiezielvereinbarung“, „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“, „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschrittes“ und „Outcome“
- **ausschließlich mittels Patientenbefragung**: „Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen“, „Information zu den Rahmenbedingungen“, „Information und Aufklärung zur Diagnose“, „Gemeinsame Behandlungsplanung“, „Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie“ und „Kommunikation und Interaktion in der psychotherapeutischen Versorgung“.

Die Beurteilbarkeit des Indikatorensets wird dadurch eingeschränkt, dass insgesamt eine Synthese und eine wechselseitige Ergänzung mit der Patientenbefragung vorgesehen und inhaltlich ausgesprochen sinnvoll ist. Da sich der vorliegende Bericht ausschließlich auf den Bereich der mittels Dokumentations- und Sozialdaten erhobenen Indikatoren bezieht, ist nicht beurteilbar, ob sich diese beiden Bereiche gut ergänzen und ein sinnvolles Gesamtbild ergeben werden. Dies ist sehr bedauerlich. Es wäre hilfreich, wenn bei Verfahren, die durch eine hohe Interdependenz dieser Säulen der Qualitätssicherung geprägt sind, auch integrierte Berichte vorzusehen, damit die Interaktion besser beurteilbar ist.

Bedauerlich war in diesem Zusammenhang, dass der Fragebogen der Patientenbefragung dem Expertengremium nicht zur Verfügung gestellt wurde und der Verantwortliche für die Patientenbefragung bei den letzten beiden Treffen des Expertengremiums nicht anwesend war, somit nicht für Fragen zur Verfügung stand und auch keinerlei Informationen/Materialien zur Verfügung stellte.

3 Ein- & ausgeschlossene Patientengruppen

Die eingeschlossenen Patientengruppen scheinen durchweg sinnvoll. Bei den ausgeschlossenen Patientengruppen sind die F0 Erkrankungen nachvollziehbar. Der Ausschluss der psychischen Erkrankungen innerhalb der F7 Gruppe ist jedoch bedenklich. Gerade bei Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung bestehen seit einigen Jahren gesundheitspolitische Bemühungen, die psychotherapeutische Versorgung zu verbessern. Der Ausschluss betrifft just jene Patientengruppe, für die der GBA 2018 verbesserte Behandlungsmöglichkeiten beschloss: Menschen, bei denen eine Diagnose entsprechend des Abschnitts „Intelligenzstörung“ (F70-F79) nach der ICD-10 vorliegt. Dies sind insbesondere leichte bis schwerste Intelligenzminderungen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss ergänzte bereits 2018 die Psychotherapie-Richtlinie um zusätzliche Regelungen für Menschen mit einer geistigen Behinderung, so dass diese Patientengruppe zusätzliche Zeiteinheiten zulasten der Krankenkassen erhält. Darüber hinaus wurden die Möglichkeiten, Bezugspersonen in die ambulante Psychotherapie einzubeziehen, erweitert. Bei dieser Patientengruppe möchten wir dringend dafür plädieren, sie nicht von dem QS Verfahren auszuschließen, sondern Möglichkeiten der Integration dieser Patientengruppe zu entwickeln.

vertraulich

Ausgeschlossenen Patientengruppen

F00.-*	Demenz bei Alzheimer-Krankheit (G30.-†)
F01.-	Vaskuläre Demenz
F02.-*	Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz
F04	Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
F05.-	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
F70.-	Leichte Intelligenzminderung
F71.-	Mittelgradige Intelligenzminderung
F72.-	Schwere Intelligenzminderung
F73.-	Schwerste Intelligenzminderung
F74.-	Dissoziierte Intelligenz
F78.-	Andere Intelligenzminderung
F79.-	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung

Ausgeschlossen von diesem neuen Qualitätssicherungsinstrument ist gemäß Beauftragung die ambulante Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Eine grundsätzliche Gleichbehandlung der Arbeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den verschiedenen

Versorgungsbereichen (auch der Neuropsychologie) wird von der OPK angestrebt und unterstützt. Wir möchten dringend anregen, die in unserer Stellungnahme aufgeführten Punkte bei der künftigen Entwicklung eines QS Instrumentes für die ambulante Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen. Dies gilt insbesondere für den Ausschluss der F7 Diagnosen, der im Bereich der Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie noch fataler wäre, als auch für die mangelnde Zusammenarbeit zwischen der Entwicklung der Patientenbefragung und der Entwicklung der QS Dokumentation.

4 Indikatorenentwicklung zu den Qualitätsaspekten des Qualitätsmodells

4.1 Qualitätsaspekt „Diagnostik“

Indikator 1: Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen (13 Datenfelder)

Potenzial zur Verbesserung: Hier kommt das IQTIG bzgl. der verwendeten Quellen zu folgenden Einschätzungen:

1. **Vorliegende Literatur:** keine Aussage hinsichtlich eines eventuell bestehenden Verbesserungspotenzials.
2. **Sozialdaten:** keine spezifischen Abrechnungsziffern für das diagnostische Gespräch – keine Analysen
3. **Fokusgruppen:** Hinweise, dass Patientinnen und Patienten Erfahrung mit unzureichender Diagnostik gemacht haben.

Expertengruppe: Im Expertengremium wurde betont, dass die Möglichkeit, dass die Diagnostik auch verfahrensspezifisch durchgeführt wird, unbedingt enthalten sein muss.

Position der OPK: Die im Rahmen dieses Indikators abgefragten Items decken sich vollumfänglich mit den Fragen, die bisher im Rahmen des Gutachterverfahrens beantwortet werden mussten. Weiterhin gibt es hier eine 100%ige Übereinstimmung mit den Empfehlungen der BPTK zur Standarddokumentation. Es bestehen von Seiten der OPK keine Bedenken bzgl. der abgefragten Items.

Indikator 2: Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten (7 Datenfelder)

Potenzial zur Verbesserung: Hier kommt das IQTIG bzgl. der verwendeten Quellen zu folgenden Einschätzungen:

1. **Vorliegende Literatur:** keine entsprechende Literatur für den deutschen Versorgungskontext - keine Aussage hinsichtlich eines eventuell bestehenden Verbesserungspotenzials.
2. **Sozialdaten:** Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2016 zeigen, dass bei nur ca. 15 % der Patientinnen und Patienten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung der Einsatz von Messinstrumenten abgerechnet wird
3. **Fokusgruppen:** Hinweise, dass Anwendung von Testverfahren zur Diagnostik kein einheitlicher Standard in der psychotherapeutischen Versorgung ist.

vertraulich

Expertengruppe: Kontroverse Diskussion, verfahrensspezifische Unterschiede wurden sehr deutlich. Entscheidend sei der patientenindividuelle und situationsbezogene Einsatz solcher wissenschaftlich validierten Instrumente, deren Auswahl nicht mit Attributen wie „störungsspezifisch“ oder anderweitig eingegrenzt werden dürfe. Aus diesem Grund sind konkrete Vorgaben zur Auswahl des Instruments und bestimmter Zeitpunkte abzulehnen.

Position der OPK: Die kontroverse Diskussion innerhalb der Expertengruppe und der parallel zu beobachtenden Diskussion innerhalb des Berufsstandes insgesamt macht deutlich, dass die Anwendung standardisierter Testverfahren keine Selbstverständlichkeit über alle Verfahren hinweg darstellt. Ob die Anwendung standardisierter Testverfahren tatsächlich die Qualität einer Psychotherapie signifikant verbessert, ist wissenschaftlich nicht in ausreichender Weise untersucht und kann somit nicht als evidenzbasiert gelten. Da das IQTIG seinem Auftrag und den gesetzlichen Vorgaben gerecht werden muss, halten wir die gefundene Lösung für elegant und praktikabel. Gleichzeitig wird eine in den geführten Diskussion gefürchtete Schädigung des therapeutischen Prozesses vermieden. Positiv hervorzuheben ist aus Sicht der OPK, dass auf die Vorgabe von spezifischen Erfassungsinstrumenten verzichtet wurde. Im weiteren Entwicklungs- und Erprobungsprozess des QS Verfahrens möchten wir explizit auf die Berücksichtigung der Verfahrensspezifität hinweisen, die gerade bei diesem Indikator eine Herausforderung darstellt und auch künftig darstellen wird. Hier wird eine enge Kooperation zwischen Forschung, Praxis und Qualitätssicherung erforderlich sein, um zukunftsweisende Konzepte zu entwickeln und in Zukunft die Qualität des diagnostischen Vorgehens der Behandlerinnen und Behandler valide und verfahrensübergreifend zu erfassen.

vertraulich

4.2 Qualitätsaspekt „Therapiezielvereinbarung“

Indikator: Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen (2 Datenfelder)
Potenzial zur Verbesserung: Hier kommt das IQTIG bzgl. der verwendeten Quellen zu folgenden Einschätzungen:

1. **Vorliegende Literatur:** keine entsprechende Literatur - keine Aussage hinsichtlich eines eventuell bestehenden Verbesserungspotenzials.
2. **Sozialdaten:** keine spezifischen Abrechnungsziffern für die Formulierung von Therapiezielen – keine Analysen
3. **Fokusgruppen:** Hinweise, dass im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung öfter keine Therapieziele formuliert werden und dies von den Patientinnen und Patienten als nachteilig für die Behandlung empfunden wird.

Expertengruppe: In der Diskussion des Expertengremiums zeigten sich sehr heterogene Auffassungen bezüglich der Relevanz und Inhalte von Therapiezielen bestehen. Es bestand der Konsens im Gremium, dass ausschließlich der Prozess der Therapiezielvereinbarung durch die Qualitätssicherung adressiert werden kann, da jegliche Vorgabe über die inhaltliche Ausgestaltung von Therapiezielen unangebracht und nachteilig für die Behandlung sei.

Position der OPK: Die gemeinsame Entwicklung patientenindividueller Therapieziele (mittels Erarbeitung, Reflexion & Konsentierung) ist ein essenzieller Bestandteil einer psychotherapeutischen Behandlung. Es handelt sich grundsätzlich um einen Prozess, der über das gesamten Therapieverlauf hinweg fortgeführt und angepasst wird.
Schwierigkeiten ergeben sich jedoch insbesondere bei diesem Indikator daraus, dass der sinnvollerweise Fokus auf die gemeinsame Erarbeitung gelegt wird, der Indikator jedoch naturgemäß die Reflexion des Prozesses auf Seiten der Behandlerinnen und Behandler abgebildet wird. Für eine Gesamtbetrachtung müsste bekannt sein, wie dieser Qualitätsindikator in der Patientenbefragung abgebildet wird und ob sich daraus eine wechselseitig angemessene Abbildung ergibt. Trotz dieser kritischen Einschränkungen bestehen von Seiten der OPK keine Bedenken bzgl. der im Rahmen dieses Indikators abgefragten Items.

4.3 Qualitätsaspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“

Indikator 1: Reflexion des Therapieverlaufs (5 Datenfelder)
Potenzial zur Verbesserung: Hier kommt das IQTIG bzgl. der verwendeten Quellen zu folgenden Einschätzungen:

1. **Vorliegende Literatur:** keine entsprechende Literatur - keine Aussage hinsichtlich eines eventuell bestehenden Verbesserungspotenzials.
2. **Sozialdaten:** keine spezifischen Abrechnungsziffern – keine Analysen
3. **Fokusgruppen:** Hinweise, dass ein Reflektieren des Behandlungsverlaufs nicht regelhaft stattfindet

Expertengruppe: Zu beachten ist, dass der Prozess des Therapieverlaufs dynamisch und nicht immer gradlinig ist und daher die Zielerreichung im Behandlungsverlauf variieren kann. Hieraus dürften keine falschen Bewertungen abgeleitet werden. Es ist behandlungsimmanent, dass es im Verlauf zu „Höhen und Tiefen“ kommen kann. So sollte auch der Begriff „Fortschritt“ vermieden und durch *Reflexion* ersetzt werden.

Position der OPK: Die Reflexion des Therapieverlaufes ist ein essenzieller Bestandteil einer psychotherapeutischen Behandlung und erfolgt über den gesamten Prozess hinweg. Es bestehen von Seiten der OPK keine Bedenken bzgl. der im Rahmen dieses Indikators abgefragten Items.

Indikator 2: Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf (7 Datenfelder)
Bei diesem Indikator handelt es sich um eine Analogiebildung zum Indikator „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten“

Position der OPK: Die intensive Diskussion innerhalb des Expertengremiums macht deutlich, dass die Wiederholungsmessung in einem Teil der Verfahren nicht unbedingt üblich ist. Ob die Wiederholungsmessung speziell in den tiefenpsychologischen und analytischen Therapieverfahren eine Qualitätssteigerung der Behandlung darstellt, ist wissenschaftlich nicht in ausreichender Weise belegt. Es kann hier nicht von einem evindenzbasierten Vorgehen ausgegangen werden. In der systemischen Therapie ebensowenig. Da das IQTIG seinem Auftrag und den gesetzlichen

vertraulich

Vorgaben gerecht werden muss, halten wir die gefundene Lösung für zumindest praktikabel. Positiv hervorzuheben ist aus Sicht der OPK, dass auch die Vorgabe eines spezifischen Erfassungsinstrumentes verzichtet wurde. Im weiteren Entwicklungs- und Erprobungsprozess des QS Verfahrens möchten wir explizit auf die Berücksichtigung der Verfahrensspezifität hinweisen.

4.4 Qualitätsaspekt „Kooperation“

Indikator: Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten (15 Datenfelder)
Potenzial zur Verbesserung: Hier werden im Gegensatz zum bisherigen Vorgehen im vorgelegten Vorbericht nicht die vorliegenden wissenschaftlichen Untersuchungen, Sozialdaten und Patientenbefragung dargestellt, sondern auf eigene Veröffentlichungen hingewiesen sowie das Gutachten des Sachverständigenrates zur bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung. Dadurch entsteht ein gewisser Bruch in der Argumentationslinie.
Auch wenn dies in dem Vorbericht nicht dargestellt wurde, ist die wissenschaftliche Grundlage, dass die Kooperation ein Qualitätskriterium einer ambulanten Psychotherapie darstellt, als eher schwach einzuschätzen. Auch die Sozialdaten geben diesbezüglich keine Hinweise.

Expertengremium: Die Expertinnen und Experten bestätigten, dass hinsichtlich der Kooperation Defizite bestehen. Sie wiesen jedoch ausdrücklich darauf hin, dass dies auch vielfach im fehlenden Interesse oder mangelnder Kooperationsbereitschaft der anderen Leistungserbringer begründet sei.

Position der OPK: Kooperation mit anderen Behandlern /Behandlerinnen, die über den Konsiliarbericht hinausgeht, stellt keinen Standard in der ambulanten Psychotherapie dar, der bei der Mehrzahl der Patientinnen und Patienten angewendet wird. Sie ist nur bei bestimmten Patienten- und Störungsgruppen zwingend notwendig (z.B. Schizophrenie) und muss individuell geprüft werden (dürfen). Das hier benannte Qualitätsziel „*In möglichst vielen Fällen soll zum Zwecke der Behandlungsplanung und -koordination ein Austausch mit anderen an der Behandlung der Patientin / des Patienten Beteiligten stattfinden*“ ist als Ziel für alle behandelten Fälle fragwürdig. Es fehlt der wissenschaftliche Beleg, dass es sich hier um ein grundsätzliches Qualitätsmerkmal (über alle Patienten hinweg) handelt und scheint eher aus den Erfahrungen mit komplex und schwer beeinträchtigten Patientengruppen zu entstammen, wo dies zweifellos zutrifft. Die gefundene Rechenregel ermöglicht dem Behandler/der Behandlerin, nur die Patientinnen und Patienten bei diesem Qualitätsindikator zu berücksichtigen, bei denen die Kooperation tatsächlich indiziert ist (*Anzahl der Fälle, bei denen andere ärztliche und/oder nicht ärztliche Leistungserbringer an der Behandlung der Patientin/des Patienten beteiligt waren*). Hier möchten wir explizit darauf hinweisen, dass dieses Kriterium auch im Verlauf der weiteren Entwicklung und Erprobung sich nur auf die Gruppe von Patientinnen und Patienten beziehen sollte, bei denen eine Kooperation möglich und indiziert ist. Gerade in den fünf Bundesländern der OPK sind Fachärztinnen und Fachärzte nicht immer und allerorten verfügbar, speziell im ländlichen Bereich sind einige fachärztliche Bereiche unterversorgt.

vertraulich

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Brandenburg
Mecklenburg-Vorpommern
Sachsen
Sachsen-Anhalt
Thüringen

4.5 Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“

Indikator 1: Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie (5 Datenfelder)
Potenzial zur Verbesserung: Hier kommt das IQTIG bzgl. der verwendeten Quellen zu folgenden Einschätzungen:

1. **Vorliegende Literatur:** keine entsprechende Literatur - keine Aussage hinsichtlich eines eventuell bestehenden Verbesserungspotenzials.
2. **Sozialdaten:** keine spezifischen Abrechnungsziffern – keine Analysen
3. **Fokusgruppen:** Hinweise, dass die Patientinnen und Patienten hier sehr unterschiedliche Erfahrungen machen, so dass auch ein abrupter und unvorbereiteter Therapieabschluss vorkam, eine entsprechende Vorbereitung nicht regelhaft stattfindet

Expertengremium: Das Expertengremium stimmte nach einer Diskussion dem durch das Merkmal konstatierten, phasenweisen Verlauf der Psychotherapie zu. Es forderte zugleich mehrheitlich eine offene und partizipative Formulierung des Merkmals. Entscheidend sei, dass mit der Patientin / dem Patienten reflektiert wird, ob die Therapie in die Abschlussphase gehen kann und was noch bis zu deren Beendigung erforderlich ist.

Position der OPK: Die Reflexion des Therapieverlaufes hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie ist ein essenzieller Bestandteil einer psychotherapeutischen Behandlung. Es bestehen von Seiten der OPK keine Bedenken bzgl. der im Rahmen dieses Indikators abgefragten Items.

Indikator 2: Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses Therapie (5 Datenfelder)
Potenzial zur Verbesserung: Wie bereits bei dem Indikator „Kooperation“ werden nicht die vorliegenden wissenschaftlichen Untersuchungen, Sozialdaten und Patientenbefragung dargestellt, sondern auf Leitlinien und das Expertengremium verwiesen. Die regelhafte Abprüfung, ob zum Ende einer Therapie die Indikation eine (teil)stationären Behandlung besteht, wirkt etwas befremdlich. Würde man im Anschluss an eine ärztliche ambulante Heilbehandlung regulär abfragen, ob nicht zum Ende doch eine teilstationäre oder stationäre Behandlung indiziert ist? Inwieweit dieses Item Potenzial zur Verbesserung bietet, bleibt fraglich. Es impliziert jedoch auch kein Schädigungspotenzial für den therapeutischen Prozess und es besteht nicht das Risiko, dass hier an falscher Stelle ein Qualitätsmangel aus der Rechenregel gefolgert wird. Daher bestehen von Seiten der OPK keine grundsätzlichen Bedenken bzgl. der im Rahmen dieses Indikators abgefragten Items.

vertraulich

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Brandenburg
Mecklenburg-Vorpommern
Sachsen
Sachsen-Anhalt
Thüringen

4.6 Qualitätsaspekt „Outcome“

Indikator: Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der (7 Datenfelder)
Potenzial zur Verbesserung
Auch hier wird von dem sonst üblichen Vorgehen abgewichen und darauf hingewiesen, dass die Wirksamkeit der Behandlung eine zentrale Dimension des Rahmenkonzepts für Qualität, entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG, ist – vor dem übergreifenden Leitbild der Patientenzentrierung.

Expertengremium: Die Qualitätsmerkmale zum Aspekt „Outcome“ wurden außerordentlich kontrovers diskutiert. Wenn verpflichtend festgelegte Parameter der Ergebnisqualität erhoben werden würden (z. B. Grad der Symptomverbesserung), würde dies fast zwangsläufig zu einer Patientenselektion führen. Gleichzeitig wurde auch darauf hingewiesen, dass Therapeutinnen/Therapeuten und Patientinnen/Patienten Psychotherapie machen, um eine Verbesserung zu erreichen.

Position der OPK: Positiv hervorzuheben ist aus Sicht der OPK, dass auf die Vorgabe spezifischer Erfassungsinstrumente verzichtet wurde. Es bestehen von Seiten der OPK keine Bedenken bzgl. der im Rahmen dieses Indikators abgefragten Items.

vertraulich

5 Grundsätzliche Bewertung des Vorberichts

Abschließend sei angemerkt, dass der Prozess der Erarbeitung der relevanten Qualitätsaspekte und des Qualitätsindikatorensets professionell und fundiert vonstatten ging. Es wurden Literaturrecherchen, Fokusgruppen, Expertenkonsens und politische Versorgungsziele einbezogen. Kritisch sei angemerkt, dass diese unterschiedlichen Dimensionen jeweils in unterschiedlichem Ausmaß in die Erarbeitung der Qualitätsindikatoren eingingen. Daher kann für die verschiedenen Indikatoren keine gleichrangige Bedeutung für die Bewertung und faktische Sicherung der Qualität in der ambulanten Psychotherapie angenommen werden. Der erarbeitete Ansatz kann infolgedessen zunächst einmal nur für sich als Ganzes in die weitere Erprobungsphase gehen.

Hieraus ergibt sich auch, dass es für das erarbeitete Qualitätssicherungsinstrument selbst keine empirischen Erkenntnisse geben kann. Unklar muss deshalb zu diesem Augenblick bleiben, ob es sich tatsächlich um eine sinnvolle Herangehensweise handelt. Es bleibt also eine langfristige Aufgabe, die wir sehr ernst nehmen sollten, dieses Instrument zu evaluieren und auf der Grundlage des Einsatzes in der realen Versorgungssituation zu bewerten und weiterzuentwickeln. Dabei sollten wir in unseren Überlegungen zur Qualität der psychotherapeutischen Versorgung nicht bei retrospektiven Betrachtungen und damit dem Versuch, Fehler zu entdecken und zukünftig zu vermeiden, stehenbleiben. Vielmehr sollten Instrumente zur Qualitätssicherung auch dazu beitragen, prospektiv die Qualität des psychotherapeutischen Handelns systematisch zu verbessern.

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Brandenburg
Mecklenburg-Vorpommern
Sachsen
Sachsen-Anhalt
Thüringen

Bei dieser systematischen Betrachtungsweise sollten immer auch die verschiedenen Facetten und Definitionen des Qualitätsbegriffs selbst in die Weiterentwicklung der Instrumente einfließen. So findet psychotherapeutische Versorgung immer in einem Gesundheitssystem statt, das die Möglichkeiten der einzelnen Behandlerin/des einzelnen Behandlers, bestmögliche Entscheidungen zu treffen, fördern oder auch einschränken kann.

Weiterhin gibt es innerhalb der Professionen zahlreiche Möglichkeiten, zur Qualitätssicherung beizutragen und diese weiterzuentwickeln. In einem komplexen Geschehen mit zahlreichen einander beeinflussenden Variablen ist es wichtig, den Fokus weder zu sehr auf Prozesse, noch auf eindimensionale Ergebnisse zu richten. Ein solches Ansinnen wird bei der unüberschaubaren Vielzahl an Behandlungsentscheidungen und Einzelfallkonstellationen in der realen psychotherapeutischen Versorgungssituation nicht zum gewünschten Ergebnis führen.

Es existieren bewährte Methoden innerhalb der Professionen, zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung beizutragen. Dazu gehören zum Beispiel die Verpflichtung zu kontinuierlicher Fortbildung und bewährten Konzepten zu fachlichem Austausch sowie der Rolle der Heilberufekammern bei der Entwicklung und Überwachung von Standards in Berufsrecht und Berufsethik. Denn die Kompetenz und Expertise in Handeln und Entscheiden der verantwortlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist letztlich ein entscheidender Garant für eine hohe Qualität in der Psychotherapie.

Vor diesem Hintergrund ist es unabdingbar, in der Weiterentwicklung unserer Qualitätssicherungsinstrumente, Erkenntnisse aus Forschung und Handlungspraxis des Berufsstandes selbst einzubringen, um auf dieser Basis unser Wissen weiterzuentwickeln und systematische Fehlerquellen auch außerhalb des psychotherapeutischen Prozesses zu benennen und zu beheben. Das vorliegende Instrument ist hier ein erster Schritt.

vertraulich

Leipzig, den 01.05.2021

Dr. S. Ahrens-Eipper

Stellungnahme: Vorbericht zum Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (IQTIG 2021, Stand: 22. März 2021)

Dr. Ulfert Hapke

Das in diesem Vorbericht vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) vorgeschlagene Qualitätssicherungsverfahren (QS) ist inhaltlich nachhaltig, sachgerecht, transparent und nachvollziehbar. Seitens des Robert Koch-Instituts werden keine weiteren inhaltlichen Ergänzungen vorgeschlagen. Zum weiteren Vorgehen hat sich jedoch eine Anmerkung hinsichtlich der Implementierung ergeben.

Anmerkung zur Implementierung

Das weitere Procedere bei der Entwicklung des Qualitätssicherungsverfahren sieht eine Machbarkeitsprüfung vor. Hierzu wird angemerkt, dass gegenwärtig alle QS-Verfahren zur Datenerfassung, die auf den vom IQTIG erstellten Spezifikationen basieren, in ein IT-Produkt umgesetzt werden müssen. Diese Dokumentationssoftware würde im Regelbetrieb eines QS-Verfahrens sowohl für die Datenerhebung als auch zur Selektion der für das jeweilige QS-Verfahren relevanten Behandlungsfälle beim Leistungserbringer benötigt. Aus Sicht der Softwareanbieter und einiger Vertreterinnen und Vertreter der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen sei es zudem empfehlenswert, wenn die Vorgaben zur Qualitätssicherung in die seit 30. Juni 2020 verpflichtende Abrechnungssoftware integriert werden können. Es wird aber auch berichtet, dass ein nicht zu vernachlässigender Teil der Leistungserbringer bislang noch nicht an die Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossen sei. In welchem Umfang Praxissoftwareprodukte in der psychotherapeutischen Versorgung etabliert sind, wurde in dem PraxisBarometer Digitalisierung 2020 der KBV untersucht (Albrecht et al. 2020). Die Ergebnisse zeigen, dass die psychotherapeutischen Praxen einen deutlich geringeren Digitalisierungsgrad aufweisen als andere Facharztgruppen. Lediglich 6 % der befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hatten ihre Praxisdokumentation bereits komplett digitalisiert. In dem Vorbericht wird nicht darauf eingegangen, wie mit dem unterschiedlichen Digitalisierungsgrad in den Praxen umgegangen werden soll. Zwei parallele Strukturen, also digitalisierte und nicht digitalisierte, sind vermutlich weniger wirtschaftlich. Dieser Aspekt sollte in der Machbarkeitsstudie berücksichtigt werden.

Referenz

Albrecht, M; Sander, M; Temizdemir, E; Otten, M (2020): PraxisBarometer Digitalisierung 2020. Stand und Perspektiven der Digitalisierung in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung. Ergebnisbericht für die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Stand: November 2020. Berlin: IGES Institut. (URL: https://www.kbv.de/media/sp/IGES_KBV_PraxisBarometer_2020.pdf (abgerufen am: 30.04.2021).

vertraulich

Systemische Gesellschaft e. V.
Damaschkestraße 4
10711 Berlin
Fon: 030 53 69 85 04
Fax: 030 53 69 85 05
E-Mail: info@systemische-gesellschaft.de
www.systemische-gesellschaft.de

DGSF e. V.
Jakordenstraße 23
50668 Köln
Fon: 0221 16 88 60-0
Fax: 0221 16 88 60-20
E-Mail: info@dgsf.org
www.dgsf.org

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im
Gesundheitswesen (IQTIG), Abt. Verfahrensentwicklung
Fanny Schoeler-Rädke, M.A.
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

vertraulich

Berlin/Köln, 2. Mai 2021

Beteiligungsverfahren zum Vorbericht des QS-Verfahrens zur ambulanten Psychotherapie – Stellungnahme der Verbände SG und DGSF

Sehr geehrte Frau Schoeler-Rädke,

zunächst möchten wir unsere Anerkennung dafür aussprechen, dass es dieses Beteiligungsverfahren gibt und dass bei der Besetzung der Expertengruppe gut darauf geachtet wurde, dass alle Richtlinien-Verfahren vertreten waren, aber vor allem auch die Perspektive der Patientinnen und Patienten einen zentralen Stellenwert hatte.

Mit dem gemeinsam erarbeiteten Ergebnis sind wir im Wesentlichen einverstanden und zufrieden. Dennoch merken wir hiermit einige Fragen und Kritikpunkte an.

Allgemeine Bemerkungen zur gesetzlichen Qualitätssicherung (QS)

Es ist immer zu befürchten, dass eine gesetzlich vorgeschriebene und auf Sanktionierung „schwarzer Schafe“ ausgerichtete QS nicht zu validen Daten führt und zum Papiertiger wird. Ideal wäre es aber, wenn es gelänge, die generierten Daten der gesetzlichen QS anhand der Patientenbefragung zu validieren, teilweise durch Ergebnisindikatoren zu ergänzen und zur Erforschung und Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung einzusetzen. Zwischen beiden Polen liegt ein weiter Weg.

Mit der aktuellen Fassung des Indikatoren-Sets, das ausschließlich aus Prozess-Indikatoren besteht, und dem geplanten strukturierten Dialog, der bei Nicht-Erfüllen der Standards einsetzt, ist jedoch ein erster Schritt gemacht, um Vertrauen in eine staatlich gelenkte, einer guten Versorgung dienende Qualitätssicherung aufzubauen. Das vorliegende, gemeinsam erarbeitete Indikatoren-Set stellt für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine Checkliste dar, die eine hohe Plausibilität (Augenscheinvalidität) besitzt und widerspruchsfrei in ein eventuell vorhandenes eigenes, internes Qualitätsmanagement integriert werden kann.

So steht es z. B. jeder Fachgesellschaft frei, für das von ihr vertretene Psychotherapieverfahren spezifische Ergebnisindikatoren zu entwickeln, ihren Mitgliedern zur Verfügung zu stellen und in der Forschung einzusetzen. In der Systemischen Therapie gehört z. B. das Routine Outcome Monitoring (ROM) zunehmend zum „State of the Art“, wäre aber sicher zum jetzigen Zeitpunkt nicht gesetzlich vorzuschreiben.

Ein weiterer Punkt, der uns größere Sorgen bereitet, ist, dass die gesetzliche QS unseres Erachtens kein Ersatz für das Gutachterverfahren sein kann, was in Zukunft entfallen soll. Denn die QS-Daten liefern keine Grundlagen für Allokationsentscheidungen. Die Frage, wie Rechtssicherheit für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gegenüber den Versicherern hergestellt werden kann, bleibt offen. Wir bitten, dies im weiteren Verlauf der Richtliniengestaltung zu bedenken.

Spezifische Kritikpunkte aus Warte der Systemischen Therapie

Im Rahmen einer Systemischen Therapie wird jeweils keine klare Trennlinie zwischen Diagnostik und Therapie gezogen. Wenn also in den Standards von Diagnostik – auch als erster Phase einer Therapie – die Rede ist, wird ein systemisch arbeitender Therapeut Übersetzungsarbeit leisten. Die Indikatoren legen jedoch erfreulicherweise den Zeitraum für die Diagnostik nicht fest, so dass die Standards auch für Systemische Therapeutinnen und Therapeuten zu erfüllen sind.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Matthias Ochs, Stv. Vorsitzender
für die Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF)

Prof. Dr. Christina Hunger, Vorstandsmitglied
für die Systemische Gesellschaft (SG)

Dr. Ulrike Borst
Mitglied der Expertengruppe

Dr. Brigitte Gemeinhardt
Mitglied der Expertengruppe

vertraulich

Stellungnahmen der Mitglieder des Expertengremiums

Hinweis: Personenbezogene Daten wie Adressdaten wurden unleserlich gemacht.

vertraulich

© IQTIG 2021

Stellungnahme

zum Vorbericht des IQTIG zur
„Entwicklung eines QS-Verfahrens zur ambulanten Psychotherapie“

vertraulich

Dipl.-Psych. Michael Born
Mitglied des Expertengremiums Ambulante Psychotherapie
Psychologischer Psychotherapeut
Psychoanalytiker, Gruppenanalytiker
Düsseldorf

Inhalt

3 Zusammenfassung

I. Zur gesetzgeberischen Absicht

II. Zur Arbeit des IQTIG

III. Zur Patientenbefragung

IV. Alternativer Vorschlag zu einem neuen QS-Verfahren

7 Mein Votum

8 Erläuterungen

I. Zur Problematik des gesetzgeberischen Auftrags

II. Zur Problematik von Standardisierung des psychotherapeutischen Prozesses

Beispiel 1: Qualitätsindikator „Durchführung eines diagnostischen Tests“

Beispiel 2: Qualitätsindikator „Festlegung gemeinsam besprochener Therapieziele“

Beispiel 3: Qualitätsindikator „Durchführung von Tests zur Messung des Therapieverlaufs“

III. Zur Problematik der impliziten Annahmen über Psychotherapie

Fachlich falsche Annahme 1:
Therapeut als Ursache, Patient als Wirkung

Fachlich falsche Annahme 2:
Das Therapieergebnis ist Ausdruck der Leistung des Psychotherapeuten

Fachlich falsche Annahme 3:
Das Ausmaß der Zielerreichung ist der Maßstab für den Therapieerfolg

vertraulich

Zusammenfassung

I. Zur gesetzgeberischen Absicht

Die bisher gültigen Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie bestanden im Wesentlichen im Gutachterverfahren, zudem in verpflichtenden, nachzuweisenden Fortbildungen, Supervision und Intervision. Die Abschaffung des Gutachterverfahrens, bei dem jeder Psychotherapeut ein individuelles und hochdifferenziertes Behandlungskonzept erarbeiten und schriftlich vorlegen musste, stellt eine wesentliche Verschlechterung der Qualitätssicherung dar, zum Nachteil der Patienten.

Die Absicht und der Kerngedanke des gesetzgeberischen Auftrages zur Entwicklung eines QS-Verfahrens ist nicht primär die Qualitätssicherung, sondern die Kontrolle und (vergleichende) Bewertung von ambulanten Psychotherapeuten hinsichtlich ihrer Arbeitsleistung.

Dem gesetzgeberischen Auftrag liegen implizite Annahmen über die Wirkungsweise von Psychotherapie zugrunde, die fachlich falsch sind. Insbesondere die folgenden drei zentralen Annahmen widerlege ich in meinen Erläuterungen:

1. Der Therapeut wird als Ursache, Veränderungen im Patienten als Wirkung betrachtet.
2. Das Therapieergebnis wird der Leistung des Therapeuten (Erfolg, Misserfolg) zugeschrieben.
3. Das Ausmaß der Zielerreichung wird als Maßstab des Therapieerfolges betrachtet.

Basierend auf standardisierten, konkret festgelegten Handlungsanforderungen und quantitativen Messungen sollen numerische Daten errechnet werden, aus denen die Qualität der Arbeit abgeleitet werden soll.
Dieser Methodik liegt ein mechanisches Modell zugrunde, dass der Komplexität der Psychodynamik eines Patienten und dem psychotherapeutischen Prozess nicht gerecht wird.

vertraulich

Die Mechanik manifestiert sich in der Standardisierung und damit konkreten Festlegung, welche psychotherapeutische Maßnahme für jeden Patienten gut und richtig sei (z. B. eine Testdiagnostik), und ignoriert zugleich die Psychodynamik: Was bei einem Patienten indiziert ist, ist bei einem anderen Patienten kontraindiziert.

Dieser Eingriff in die psychotherapeutische Beziehung ist eine Einschränkung der therapeutischen Handlungsflexibilität und kann sich nachteilig oder sogar schädlich für Patienten auswirken.
Wie in meinen nachfolgenden Erläuterungen anhand von drei Qualitätsindikatoren beispielhaft dargestellt, können insbesondere Testungen und Messungen massive Eingriffe in den psychotherapeutischen Prozess sein und negative oder sogar schädliche Auswirkungen auf den individuellen Patienten haben.

vertraulich

II. Zur Arbeit des IQTIG

Die Leitung und das Projektteam vom IQTIG haben mit großer Anstrengung und beeindruckender intellektueller und fachlicher Offenheit versucht, das vom Gesetzgeber eingebrachte mechanische Modell mit den fachlichen Einschätzungen des Expertengremiums zusammenzuführen.

Aufgrund des gesetzgeberischen Auftrages bleibt das vorgelegte Konzept trotz aller Abmilderungen der Idee von Kausalität und Messbarkeit aber ein teilweise mechanisches Modell mit standardisierter Festlegung (welche Maßnahmen des Therapeuten für 90% der Patienten gut und richtig seien, z. B. standardisierte Testdiagnostik). Zwar kann in diesem Modell der Therapeut beispielsweise wählen, welchen Test er durchführt, aber die Durchführung eines Tests ist standardisiert verpflichtend, ohne zu berücksichtigen, ob diese Maßnahme bei einem individuellen Patienten kontraindiziert sein könnte.

Die erarbeiteten Qualitätsindikatoren stimmen in weiten Teilen mit der von der Bundespsychotherapeutenkammer kürzlich vorgelegten Basis- und Verlaufsdokumentation für ambulante Psychotherapeuten überein, bei der es hinsichtlich aller Indikatoren immer um die Frage geht, ob der Therapeut den Indikator bei einem individuellen Patienten berücksichtigt (reflektiert) hat, ohne standardisierte inhaltliche Vorgabe, welche Maßnahme durchzuführen sei.

III. Zur Patientenbefragung

Die Befragung von Patienten zur Arbeit ihres Psychotherapeuten nach Abschluß der Behandlung stellt einen Eingriff in die psychotherapeutische Beziehung dar, die innerlich auch nach der Beendigung der Behandlung fortbesteht. Eine Befragung löst immer Gedanken, Phantasien und Gefühle aus, in diesem Fall hinsichtlich der psychotherapeutischen Beziehung. Man muss davon ausgehen, dass eine Befragung bei einigen Patienten Zweifel, Misstrauen und Ängste auslösen kann.

Zudem sind Rückschlüsse auf die Arbeitsweise des Psychotherapeuten weder in positiver noch negativer Hinsicht möglich, wenn man die unbekannten, nicht einschätzbaren Variablen berücksichtigt:

1. **Erinnerungsfähigkeit:**
   Fragt man danach, ob eine bestimmte Handlung (z. B. Besprechung der Therapieziele etc.) stattgefunden hat, so kann die Antwort (ja oder nein) zutreffend oder unzutreffend sein, wie man aus der hohen Unzuverlässigkeit aus Zeugenbefragungen weiß.

2. **Bewertungen und deren Attribuierung:**
   Bei allen Bewertungen stellt sich immer die Frage, welche Attribuierung (Zuschreibung) der Bewertende vornimmt: Schreibt der Patient seine Zufriedenheit dem Können und Einsatz des Therapeuten oder seinen eigenen Fähigkeiten zu? Schreibt der Patient den Stillstand und geringen Erfolg seiner Behandlung dem Therapeuten zu, der zu passiv gewesen sei, oder seiner eigenen mangelnden Motivation und daraus resultierenden häufigen Sitzungsabsagen?

vertraulich

3. **Unbewußte affektive Faktoren von Bewertungen:**
   Positiven oder negativen Bewertungen liegen unbewußte affektive Faktoren zugrunde, wie z. B. Loyalitätskonflikte (ob die Beantwortung der Fragen dem Therapeuten nützen oder schaden könnte), affektive Reaktionen (Idealisierung der therapeutischen Arbeit aus Dankbarkeit, Entwertung der Therapie aus Enttäuschung) etc.

Aufgrund der unbekannten Variablen ist der Nutzen einer Patientenbefragung zur Bewertung der Arbeit des Psychotherapeuten sehr fraglich, zudem sind hohe Kosten, ein hoher Aufwand und mögliche negative Effekte auf die therapeutische Beziehung zu erwarten.

IV. Alternativer Vorschlag zu einem neuen QS-Verfahren

Die bisher im Gutachterverfahren enthaltene Kontrolle der Arbeit der ambulanten Psychotherapeuten (Entwicklung eines individuellen Behandlungskonzeptes und dessen schriftliche Darlegung) könnte zukünftig durch die von der Bundespsychotherapeutenkammer entwickelten Standards zur Basis- und Verlaufsdokumentation ersetzt werden, wenn diese verpflichtend eingeführt würden.

Dabei könnte eine Softwarelösung so aussehen, dass nach Bearbeitung aller vorgegeben Felder durch den Psychotherapeuten ein Zertifikat ausgegeben wird, das (ohne inhaltliche Informationen über den Patienten oder die Therapie) an eine ausgewiesene Stelle übermittelt werden muss.

vertraulich

Mein Votum

1. Die Abschaffung des Gutachterverfahrens stellt eine Verschlechterung des bisherigen Niveaus der Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie dar.

2. Das vom IQTIG erarbeitete Modell eines neuen QS-Verfahrens muss ich an den Stellen ablehnen, an denen eine Standardisierung des Behandlungsprozesses die Handlungsfreiheit des Therapeuten zum Nachteil des Patienten einschränkt. Ein Qualitätsindikator kann nicht die zu 90% durchzuführende standardisierte Testdiagnostik sein, sondern – wie bei einigen anderen Indikatoren auch – die Reflektion und begründete Entscheidung des Therapeuten, ob und warum bei diesem individuellen Patienten eine Testdiagnostik indiziert oder kontraindiziert ist. Die verpflichtende Durchführung von Tests und Messungen unabhängig vom individuellen Patienten stellen einen erheblichen Eingriff in die psychotherapeutische Beziehung, die therapeutische Handlungsfreiheit und -flexibilität dar und können sich nachteilig oder schädlich auf den individuellen Patienten und den Behandlungsverlauf auswirken (siehe nachfolgende Erläuterung anhand von drei Qualitätsindikatoren).

3. Aus einer Patientenbefragung können keine inhaltlich relevanten Schlussfolgerungen auf die Qualität der Arbeitsweise des Psychotherapeuten abgeleitet werden. Deshalb spreche ich mich gegen eine Patientenbefragung (kein oder geringer Nutzen, hoher Aufwand, hohe Kosten, mögliche negative Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung im Nachhinein) aus.

4. Fachlich befürworten könnte ich ein neues QS-Verfahren, das die kürzlich von der Bundespsychotherapeutenkammer erarbeiteten Standards zur Basis- und Verlaufsdokumentation der ambulanten Psychotherapie verpflichtend einführt.

vertraulich

Erläuterungen

I. Zur Problematik des gesetzgeberischen Auftrags: Die Unmöglichkeit des gesetzgeberischen Auftrags zur Kontrolle und Bewertung von Psychotherapeuten mittels eines „QS-Verfahrens“ – ein mechanisches Modell hat keinen Platz in der Psychotherapie.

Der gesetzgeberische Auftrag zielt darauf ab, an die Arbeit von Psychotherapeuten standardisierte Ansprüche in Form konkreter Handlungsanforderungen zu stellen, deren Einhaltung zu kontrollieren und die Arbeit von Psychotherapeuten durch quantitative Datenerhebungen zu bewerten, als seien daraus qualitative Bewertungen ableitbar.

Was für mechanische Prozesse wie beispielsweise die Produktion von Bauteilen für Flugzeuge und auch für teil-mechanische Prozesse wie beispielsweise bestimmte medizinische Eingriffe (Regeln zur Lagerung von Organen und Festlegung der Bezugsreihenfolge in der Transplantationsmedizin) sinnvoller Weise gesetzlich geregelt ist, ist aufgrund der individuellen Psychodynamik eines jeden Patienten so nicht auf die Psychotherapie übertragbar.

vertraulich

II. Zur Problematik von Standardisierung des psychotherapeutischen Prozesses: Der Gedanke standardisierter konkreter Handlungsanforderungen an den Psychotherapeuten ist konkretistisch und damit der Komplexität der Psychodynamik im psychotherapeutischen Prozess nicht angemessen.

Was in einem Fall indiziert ist, ist in einem anderen Fall kontraindiziert.

Eine Standardisierung schränkt die therapeutische Behandlungsführung bzw. -flexibilität ohne Grund ein.

BEISPIEL 1: Qualitätsindikator „Durchführung standardisierter diagnostischer Tests oder Interviews“ (soll zu mindestens 90% erfolgen)

Ein diagnostischer Test zu Beginn der Behandlung wird von **Patient A** als Ausdruck der fachlichen Kompetenz des Therapeuten und dessen tieferes Interesse an ihm interpretiert.

Derselbe diagnostisches Test wird von **Patient B**, der ängstlich und misstrauisch ist und ein langsames Wachstum von Vertrauen benötigt, als Übergriff empfunden und als Versuch des Therapeuten interpretiert, rasch etwas über ihn herausfinden wollen, ohne sich die Zeit zu nehmen, diesen Prozess des Vertrauens innerhalb der Beziehung entstehen zu lassen. Die Ankündigung des Tests zerstört das erste Vertrauen des Patienten, schreckt ihn ab und führt zu einem Rückzug, der darin mündet, dass der Patient die Behandlung erst gar nicht beginnt.

Was bedeutet das?
Während in dem einen Fall die Ankündigung und Durchführung eines diagnostischen Tests positive Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung hat, führt sie im anderen Fall sogar zum Abbruch der Behandlung.

FAZIT
Daher ist jedes mechanische Modell, das besagt, die Durchführung eines Testes sei per se etwas Gutes, da man beispielsweise wichtige Daten erhalte, die man sonst hätte übersehen können, der Komplexität der Wirklichkeit nicht gewachsen, denn es bezieht die Auswirkungen innerhalb der Beziehung und die impliziten Bedeutungen (also die Psychodynamik) nicht ein.

Hier wird die Erfahrung und Antizipationsfähigkeit des Therapeuten benötigt, um abzuschätzen, welche Intervention (denn jede Handlung in der therapeutischen Beziehung ist letztendlich eine Intervention, auch ein Test) in diesem Moment und bei diesem Patienten welche Auswirkungen haben wird.

vertraulich

Eine Standardisierung ist nicht möglich. Jedes mechanische Modell für den psychotherapeutischen Prozess ist ungeeignet, da es der Komplexität der Psychodynamik nicht gerecht wird.

BEISPIEL 2: Qualitätsindikator „Festlegung gemeinsam besprochener Therapieziele“ (soll zu mindestens 90% erfolgen)

Diese Festlegung erfolgt vor dem Hintergrund des Gedankens der Messung des Therapieerfolges in dem Sinne, dass der Therapieerfolg umso größer sei, je näher man den Therapiezielen komme. Diese dem Alltagsgeschehen entsprechende (mechanische) Logik erweist sich für die Psychotherapie als unterkomplex und inadäquat.

Patient A freut sich über die konkrete Festlegung des Therapiezieles (Therapieziel 1), seine Gefühle besser und stärker kontrollieren zu wollen, damit es nicht immer wieder zu Wutanfällen und Streitigkeiten kommt. Diese Problematik hatte der Patient geschildert, der Therapeut übernimmt die Perspektive des Patienten und seine Zielsetzung unreflektiert. Der Therapeut ignoriert jegliche Psychodynamik.

Patient B schildert ebenfalls Wutausbrüche und Streitigkeiten und den Wunsch, seine Gefühle besser kontrollieren zu wollen.
Der Therapeut stellt die Hypothese auf, dass der Patient seine Gefühle in der Regel abwehrt, d. h., unterdrückt, und es dadurch in Konfliktsituationen zu Wutausbrüchen kommt.
Nun könnte man also das gegenteilige Therapieziel (Therapieziel 2) formulieren, nämlich dass der Patient seine Gefühle weniger kontrolliert und offener wird.

Warum können beide Therapieziele falsch sein?
Nehmen wir an, der Therapeut stellt (angesichts der biografischen Anamnese) die Hypothese auf, dass der Patient eine negative Vaterübertragung auf andere Menschen entwickelt, und diese immer wieder als feindselig und ungerecht erlebt, und deshalb immer wieder wütend wird, dann wird daraus ersichtlich, dass weder die bessere noch die

vertraulich

geringere Affektkontrolle ein Behandlungsziel sein können, sondern dass die Bewußtmachung und Bearbeitung der Übertragungsmuster erst eine Änderung herbeiführen können.
Das Therapieziel „Aufdeckung und Bearbeitung der negativen Vaterübertragung“ kann sicherlich nicht mit dem Patienten zu Beginn der Behandlung gemeinsam besprochen und vereinbart werden.

FAZIT
Gemeinsam zu besprechende Therapieziele beschränken sich erfahrungsgemäß darauf, dass Patienten sich weniger Symptome oder Symptomfreiheit wünschen, die Lösung scheinbar unlösbarer Konflikte anstreben, Halt und Stabilität gewinnen wollen etc.
Man kann hier von allgemeinen Behandlungszielen ausgehen, deren gemeinsame Besprechung zu Beginn der Behandlung sicherlich angemessen ist.

Eine Festlegung auf konkretistische Ziele wird der Komplexität der Psychodynamik nicht gerecht. Zudem führt der Konkretismus zu einer Einengung der Behandlungsperspektiven.

vertraulich

BEISPIEL 3: Qualitätsindikator „Durchführung standardisierter Tests oder Interviews im Behandlungsverlauf zur Messung des Therapieverlaufs“ (soll zu mindestens 90% erfolgen)

Auch wenn durch die Diskussionen im Expertengremium eine Änderung der Formulierungen (patientenindividuell statt immer, kein festgelegter Zeitpunkt, Therapieverlauf statt Therapiefortschritt) durch das IQTIG erarbeitet wurde, bleibt der mechanische Grundgedanke dahinter unverkennbar derselbe („es muss einen messbaren Therapieverlauf geben“).

Der standardisierte Test im Behandlungsverlauf zur Messung des Therapiefortschritts löst bei **Patient A** Freude aus, da er den Therapeuten als sehr genau und interessiert erlebt und er sich inzwischen (wie zu Beginn als Therapieziel besprochen) viel besser von anderen Menschen abrenzen kann, wenn es notwendig ist. Das Testergebnis bestätigt diese Wahrnehmung, was den Patienten bestärkt.

Patient B, der unter Leistungsdruck und Versagensängsten leidet, fühlt sich durch das angekündigte standardisierte Interview zur Messung des Behandlungsverlaufs nun auch in der Therapie unter Erfolgsdruck gesetzt, was seine Ängste und sein Vermeidungsverhalten verstärkt. Die Therapie als sicherer Raum ist nun auch mit Erfolgsdruck und Versagensängsten assoziiert, was sich absolut negativ auf den Behandlungsverlauf auswirken kann.

Hier zeigt sich eindrücklich, wie sich die Durchführung eines Tests/Interviews unmittelbar auf den psychischen Zustand des Patienten auswirkt und einen Eingriff in den Behandlungsprozess darstellt.

FAZIT

Die Durchführung von „Verlaufmessungen“ ist ein Eingriff in die psychotherapeutische Beziehung und kann sich negativ auf den gesamten Therapieprozess auswirken. Eine Standardisierung ist fachlich inadäquat und berücksichtigt nicht die Komplexität der Psychodynamik.

vertraulich

III. Zur Problematik der impliziten Annahmen über Psychotherapie: Das im gesetzgeberischen Auftrag enthaltende mechanische Modell impliziert hinsichtlich der Arbeit des Psychotherapeuten, insbesondere des Behandlungsprozesses und des Behandlungsergebnisses (Outcome), mehrere Annahmen, die fachlich falsch sind.

Diese sollen kurz dargestellt und erläutert werden.

Fachlich falsche Annahme 1: Der Therapeut wird als Ursache, Veränderungen im Patienten als Wirkung betrachtet.

Womöglich wird hier fälschlicherweise von einem pädagogischen Modell von Psychotherapie ausgegangen, bei dem dem Patienten Fertigkeiten und Techniken vermittelt werden.
Beispiel: Wenn der Patient unruhig ist, vermittelt der Therapeut ihm eine Entspannungsübung. Schon hier zeigt sich die Begrenztheit dieses (konkretistischen) Denkens: Nicht wenige Patienten werden während der Durchführung einer Entspannungsübung noch unruhiger und können sogar eine Panikattacke entwickeln. Warum ist das so? Eine Entspannungsübung kann als Leistungsanforderung interpretiert und erlebt werden, ein Nichtgelingen von Entspannung mit Versagen und Angst vor Kritik und Ablehnung assoziiert sein. Es ist also leicht zu verstehen, dass es geradezu kontraindiziert sein kann, bei einem Patienten mit diesen Interpretationsmustern eine Entspannungsübung vorzuschlagen.
Zumindest für die tiefenpsychologisch-fundierte und analytische Psychotherapie, die knapp 50% der ambulanten Versorgung ausmacht, ist ein pädagogisches Modell von Psychotherapie nicht zutreffend. Der Therapeut ist primär kein Lehrer, der dem Patienten etwas „beibringt“, sondern hat die Aufgabe, dem Patienten eine hilfreiche Beziehung anzubieten und ein Verstehen der Schwierigkeiten (neurotische Konflikte, strukturelle Defizite etc.) zusammen mit dem Patienten zu erarbeiten, das diesem hilft, sich aus den Schwierigkeiten zu lösen und neue Denk- und Erlebensmöglichkeiten zu entwickeln. Es geht also primär um einen psychischen Entwicklungsprozess, nicht um das kurzfristige Erlernen von Entspannungstechniken etc.

vertraulich

Das implizite Modell von Psychotherapie, das der fachlich falschen Annahme 1 zugrundeliegt, ist ein

- konkretistisches (z. B. „Einen diagnostischen Test durchzuführen ist ‚gut'.")
- lineares („Was ‚gut' ist, führt zu einer Verbesserung.")
- kausales („Weil man eine Maßnahme durchführt, geht es dem Patienten besser."),
- dependentes („Der Therapeut ist die Ursache, im Patienten zeigt sich die Wirkung.")

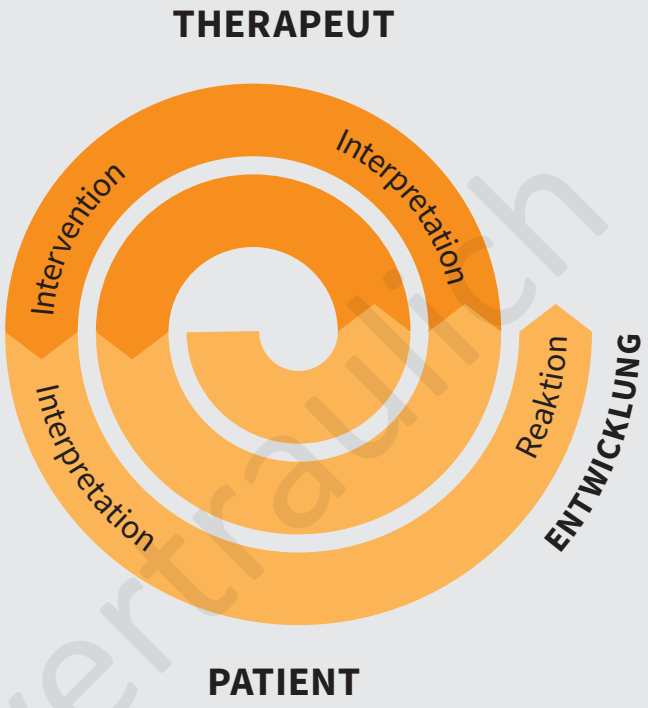
Ein fachlich adäquates implizites Modell von Psychotherapie dagegen ist geradezu gegenteilig:

- nicht pädagogisch, sondern entwicklungsfördernd
- nicht konkretistisch, sondern bedeutungsbezogen („Was ist die Interpretation?")
- nicht linear, sondern kontextbezogen („Was bedeutet es in dieser Situation?")
- nicht kausal, sondern interdependent (Therapeut und Patient lösen permanent wechselseitig etwas im anderen aus, was weiterführend oder behindernd für den Therapieprozess sein kann): Wie gewinnbringend interpretiert der Therapeut, was der Patient sagt; wie gewinnbringend interpretiert der Patient, was der Therapeut sagt?
- Ursache und Wirkung sind nicht voneinander zu unterscheiden, sondern beide Beziehungspartner sind in gegenseitiger kommunikativer Abhängigkeit. (siehe Grafik 1)

vertraulich

GRAFIK 1

INTERDEPENDENTES BEZIEHUNGSMODELL



vertraulich

Jeder psychotherapeutische Prozess ist eine Ko-Produktion. Ursache und Wirkung können nicht einem Interaktionspartner zugeschrieben werden.

Fachlich falsche Annahme 2: Das Therapieergebnis ist Ausdruck der Leistung des Psychotherapeuten.

Wie bereits unter Annahme 1 dargestellt, wird der therapeutische Prozess von beiden Beziehungspartnern gestaltet, die sich in wechselseitiger Abhängigkeit voneinander befinden.
Dabei kann der Psychotherapeut sich nach bestem persönlichen und fachlichen Können in den Behandlungsprozess einbringen, die Auswirkungen seiner Interventionen sind dabei aber von zahlreichen Faktoren aufseiten des Patienten limitiert.
Insbesondere spielen Faktoren wie bewusste und unbewusste Motivation, Introspektionsfähigkeit, Intelligenz und psychisch-mentale Flexibilität sowie Mentalisierungsfähigkeiten aufseiten des Patienten eine gewichtige Rolle für das Potential bzw. die Limitierungen des therapeutischen Prozesses.
Das Ergebnis eines Therapieprozesses kann insofern nie einem der Beziehungspartner zugeordnet werden, denn es handelt sich um eine Ko-Produktion mit kaum oder nicht auseinander zu dividierenden Anteilen.

vertraulich

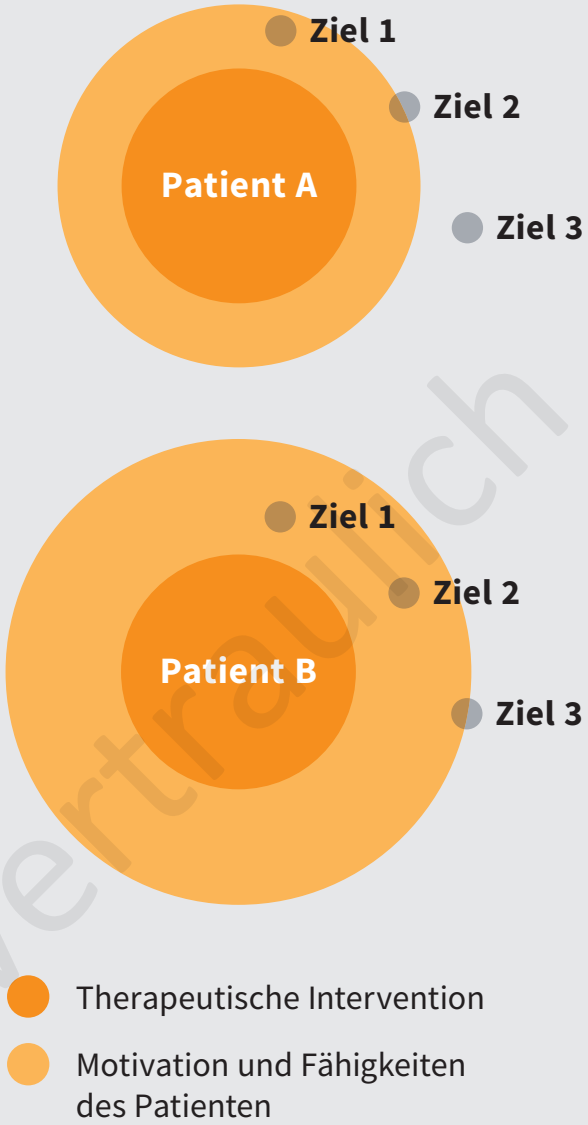
Fachlich falsche Annahme 3: Das Ausmaß der Zielerreichung ist der Maßstab für den Therapieerfolg.

Als Therapieziele werden in der Regel und nachvollziehbarer Weise allgemeine Ziele wie „Symptomfreiheit“, „Beziehungsfähigkeit“, „Konfliktfähigkeit“ oder „psychische Stabilität“ von Patienten benannt.
Naheliegenderweise stimmt der Psychotherapeut diesen Behandlungszielen zu, in der Hoffnung, dem Patienten zu ermöglichen, diese „Ziele“ so weit wie möglich zu erreichen.
Um die Motivation und Hoffnung des Patienten nicht zu beschädigen und ein Ziel lieber zu hoch als zu niedrig anzusetzen, nimmt der Psychotherapeut hier natürlich keine Abschwächung vor.

Realistischerweise ist aber davon auszugehen, dass – ganz allgemein betrachtet – Patienten mit hohem therapeutischen Potential (hohe Motivation, hohe mentale Flexibilität, gute Introspektionsfähigkeit

GRAFIK 2

THERAPIEERFOLG



vertraulich

Jeder psychotherapeutische Prozess ist hochindividuell und von vielen Faktoren abhängig. Nimmt man nur den einen Faktor "Motivation und Fähigkeiten des Patienten" zur Therapeut-Patient-Interaktion hinzu, zeigt sich, wie sich dieser auf eine mögliche Zielerreichung auswirkt. Es existiert kein objektiver Maßstab für die Güte des Therapieprozesses bzw. -erfolges, der für den individuellen Patienten gültig wäre.

etc.) wesentlich besser von der Behandlung profitieren werden und ihren Zielen wesentlich näher kommen werden als Patienten mit niedrigem therapeutischem Potential (siehe Grafik 2).
Dieses Phänomen ist aus allen möglichen Bereichen des Lebens bekannt, auch wenn es vereinzelt Ausnahmen geben mag.

Insofern kann also das Ausmaß der Zielerreichung (in Zahlen erhoben) nicht als Maßstab für den Therapieerfolg herangezogen werden.
Wenn der Patient mit niedrigem therapeutischen Potential beispielsweise 54% seiner Ziele erreicht, kann niemand eine Aussage darüber treffen, ob das ein gutes oder schlechtes Ergebnis darstellt.

Es existiert kein objektiver Maßstab hinsichtlich des Therapieergebnisses, der für den individuellen Patienten Gültigkeit in Anspruch nehmen könnte.

vertraulich

Dipl.- Psych. Christiane Dittmann
Praxis für Psychotherapie
Tiefenpsychologie und Psychoanalyse
Für Erwachsene, Kinder und Jugendliche
[redacted]

Gardelegen, den 01.05.2021

vertraulich

Stellungnahme
zum
Vorbericht des IQTIG zur

„Entwicklung eines QS-Verfahrens zur ambulanten Psychotherapie“

Einleitung

1.) Qualitätsaspekt
„Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen“

2.) Qualitätsaspekt
„Therapiezielvereinbarung“

3.) Qualitätsaspekt
„Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“

4.) Qualitätsaspekt
„Kooperation“

5.) Qualitätsaspekt
„Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“

6.) Qualitätsaspekt
„Outcome“

Abschluss

vertraulich

Einleitung

In den vergangenen Monaten wurden in einer Expertenkommission, an der ich teilnehmen durfte, die Qualitätsaspekte auf ihre Relevanz zur Ermittlung der Qualität im Rahmen der ambulanten Psychotherapie erarbeitet.

Zunächst finde ich den theoretischen Teil des Vorberichtes als sehr gut recherchiert und ausführlich genug dargestellt, um die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse darzustellen. Daraus leitete sich die weitere Erarbeitung der Qualitätsindikatoren in den Qualitätsaspekten ab. Die Eingrenzung auf erwachsene Patienten in einem festgelegten Kreis von Diagnosen machten die Erarbeitung überschaubar, aber zeigte auch, welche Schwierigkeiten bevorstehen, sobald es um die Kinder- und Jugendpsychotherapien gehen wird.

Allerdings sehr ich es kritische, dass für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten dieses Instrument auch dann keine Anwendung findet, wenn Ihre Patienten*innen das 18.Lebensjahr erreicht haben. Damit werden Patienten*innen, die im gleichen Lebensalter einen Therapeuten*innen im Bereich der Erwachsenenpsychotherapie aufsuchen anderen Formalien unterworfen.

Zum anderen wird die KZT in vollem Umfang wieder einbezogen. Wenn dieses Instrument das Gutachterverfahren ablösen soll, und die KZT ist von der Gutachterpflicht seit 2017 befreit, dann ergibt sich für mich die Frage, ob auf diese Weise, Überprüfungen auch für KZT eingeführt werden sollen.

Die mit dem Expertengremium erarbeiteten Datensätze zur Basisdokumentation der Qualitätssicherung haben die 77 Merkmale ergeben, wobei die ersten 11 als „Leistungserbringeridentifizierende Daten“ nicht weiter zu besprechen sein sollen in meiner Stellungnahme.

Der Beginn dieser Basisdokumentation ist durch das Datum der Antragsgenehmigung zur Richtlinientherapie eindeutig festlegbar.

1)Zum Qualitätsaspekt „Diagnostik“

Die Fragen hier beziehen sich auf die Anfangsphase, also den Zeitraum **vor Antragsstellung.**

Wichtig erscheint mir hier die ausführliche Gestaltung der Fragen in vielen Details, die zwar ohnehin wichtig sind in der Anfangsphase einer Neuvorstellung eines/r Patienten*innen, aber der Therapeut*in von einer Überprüfung in seiner Reflexion der Indikation profitieren kann.

Dieser Qualitätsaspekt beinhaltet auch die Anwendung und Auswertung testdiagnostischer Verfahren. Dazu gibt es sehr unterschiedliche Haltungen unter den/die Therapeuten*innen. Es sollte frei gestellt bleiben, diese Hilfsmittel anzuwenden. Ich kann hier nur nochmal auf die sehr geringe Bewertung der

vertraulich

Testverfahren im EBM hinweisen. Sollte dieser Indikator auf dieses hohe Niveau einer QS-Einschätzung gehoben werden, dass braucht es hier ein Umdenken.

2.)Zum Qualitätsaspekt „Therapiezielvereinbarung“

Dieser Qualitätsaspekt bringt die notwendigen Fragen der Klärung eines Therapiezieles für den/die Patienten*innen zum Ausdruck und seine möglichen Veränderungen. Das hat zwar wissenschaftlich nicht ein so hohes Potenzial einer Verbesserung, aber es zeigt sich in der Praxis, dass der/die Patient*in eine bessere Klärung in der Selbstentwicklung und/oder Mentalisierung erreicht hat, wenn er/sie ein Therapie(teil)ziel angeben kann. Es zeigt, dass es dem/der Patient*in möglich ist, mehr Eigenverantwortung für den Therapieprozess zu zeigen und umzusetzen. Wann das geschieht, ist immer wieder nicht festlegbar. Deshalb finde ich die freie Gestaltung, ohne Vorgaben von Zeiträumen positiv.

3.)Zum Qualitätsaspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“

Den Therapiefortschritt an die erneute Anwendung von Testverfahren zu binden, halte ich für wenig sinnvoll. Zum einen lassen es die Regelungen in den Psychotherapierichtlinien nicht zu. Neben den genehmigten Leistungen dürfen keine anderen Leistungen abgerechnet werden. Damit würden Therapeuten*innen gehindert, diesen Aspekt so umzusetzen. Dafür müssten Änderungen in den PT-Richtlinien folgen. Dennoch sollte es frei gestellt bleiben, ob im Verlauf der Therapie, Testdiagnostik nochmals angewendet wird. Bei einer KZT 2 (12 Sitzungen) nach einer Akuttherapie ist mir unklar, wann da ein Zeitraum zur Erfassung des Therapiefortschritts mit Testdiagnostik möglich sein soll.

Die Fragen zur Anwendung und Dokumentation eines strukturierten Interviews finde ich an der Stelle nicht für günstig. Wie oben schon beschrieben, kann im Therapieverlauf mit genehmigten Leistungen nichts anderes abgerechnet werden, also auch kein nochmaliges strukturiertes Interview.

Für mich kann nur die Erfassung einer Reflexion der Therapiezielerreichung, der weiteren Passung und der Änderungen im Befinden des/der Patienten*innen den Therapiefortschritt darstellen.

4.)Beim Qualitätsaspekt „Kooperation“

ist sehr komprimiert und oft nicht erfüllbar. Ich habe meine Praxis in einer eher ländlichen Region. Der Zugang zu Fachärzten für Psychiatrie und/oder Neurologie ist kaum möglich, da ganz wenige hier ihre Praxis haben. Die allgemeine Überlastung dieser Kollegen dadurch, lässt einen ausreichenden

vertraulich

Austausch über einzelne Patienten nicht zu bzw. es besteht kein Interesse. Ein Austausch mit ärztlichen Kollegen o.a. nicht ärztlichen Mit-Behandlern ist gerade bei langfristigen psychoanalytischen Behandlungen nicht sinnvoll.
Der/die Patient*in soll in diesem Therapiesetting die Möglichkeit haben, sich möglichst frei zu entfalten in seiner Innenschau. Da ist das Einwirken Dritter nicht förderlich. Das sollte auch eine Antwortmöglichkeit sein.
Ich weiß auch nicht, wie ich als Therapeutin wissen soll und kann, ob der/die Patient*in nach Abschluss der Therapie in meiner Praxis nochmals in eine andere Therapie geht, ambulant oder stationär. Das sollte evtl. getrennt abgefragt werden. Ich kann mir auch nicht erklären, wieso dass ein Qualitätsmerkmal sein sollte.
Bei den Fragen zur Verordnung von Soziotherapie möchte ich darauf hinweisen, dass zum einen Soziotherapie zu verordnen völlig sinnlos ist, da wir hier **keinen Soziotherapeuten regional haben.** Eine mögliche Anlaufstelle ist 25 Km entfernt in der nächsten größeren Kreisstadt. Das halte ich für Menschen, die eine Soziotherapie benötigen für unzumutbar, dorthin geschickt zu werden. Sehr gern würde ich Physiotherapie verordnen bei vielen meiner Patienten, aber ist mir bisher nicht erlaubt. Hier sollte der Gesetzgeber schnell handeln, um diesen Mangel zu beheben.

6.)Zum Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapiebeendigung“

Dieser Qualitätsaspekt ist nur erfüllbar, wenn es ein reguläres Ende der Therapie gibt. Das geschieht sicher zu einen gewissen Prozentsatz, aber eben nicht immer. Viele Patienten*innen bleiben einfach weg, sobald es ihnen besser geht, was auch immer sie darunter verstehen. Es kann auch sein, dass so passiv ihre Ablehnung des therapeutischen Prozesses gezeigt wird . Da ist es dann schwierig, ein Ende zu definieren, weil oftmals dieser Patient nach einigen Wochen wieder kommt. Was dann tun?
Gibt es noch ein Restkontingent in einem Zeitraum von 3 Monaten nach Abbruch der Sitzungen, können wir evtl. weiterarbeiten. Aber wie sinnvoll das ist, ist immer ein wichtiges Thema der Therapie und kann mit diesen Indikatoren nicht erfasst werden meiner Meinung nach.
Die Eingabe einer Abschlussnummer, wie sie in der Neuerung der PT-Richtlinien im EBM umgesetzt wurde, kann dabei nur marginal hilfreich sein.
Bei einer Reihe von Patienten*innen ist eine Psychotherapie nicht beendet, sondern das zu beantragende Kontingent der Leistungen ist ausgeschöpft. Das sind Patienten*innen mit einer chronischen Störung bzw. Erkrankung, dauerhaften Veränderungen der Persönlichkeit, die weiterhin therapeutische Unterstützung und immer weiter geführte Stabilisierung brauchen. Im somatischen Bereich ist das kein Problem, da gibt es schon immer die

vertraulich

Möglichkeit der Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen. Es ist mir völlig unklar, warum die Psychotherapie nur in bestimmten Leistungsumfängen genutzt werden darf für diese Patienten*innen. Hier würde ich mir eine Veränderung wünschen, die ich für dringend angezeigt halte. Denn gerade die Diskussion im Expertengremium zu diesem Punkt hat gezeigt, dass alle Behandler davon betroffen sind, hier ihren Patienten nicht die Behandlungen zukommen lassen zu können, die sie brauchen.

7.) Zum Qualitätsaspekt „Outcome“

Dieser Qualitätsaspekt ist ebenso wie ich unter Punkt 6. ausführte nur zu beantworten in einem idealen Verlauf einer Psychotherapie. Die Art der Beendigung liegt in vielen Fällen nicht in der Hand des/der Therapeuten*innen. In diesen Fällen sind diese Fragen sinnvoll. Es sollte aber auch noch Alternativen geben, wenn es eine vorzeitige Beendigung bzw. Nicht- mehr-Kommen durch den Patienten*in gibt und es unklar ist, ob die Therapie weitergeführt werden soll.

Abschluss

In wie weit mit diesem Instrument die Qualität der psychotherapeutischen Behandlungen erfasst werden kann, muss sicher abgewartet werden durch die folgenden Überprüfungen in den Machbarkeitsstudien. Leider hatten wir als Expertengremium nur wenig bis gar nicht Zugang zu den Ergebnissen der Erarbeitung von Patientenbefragungen dazu. In wie weit sich diese beiden Instrumente sinnvoll ergänzen, ist für mich fraglich und bleibt abzuwarten.
Die Qualität sichernde Instrumente sind für Psychotherapeuten*innen in jedem Fall über Supervision und Intervision, sowie der Verpflichtung zur Weiterbildung in einem großen Umfang vorhanden.

vertraulich

Dipl.-Psych. Christiane Dittmann
Psychologische Psychotherapeutin

Stellungnahme

zum Vorbericht „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ des IQTIG

vertraulich

Dipl.-Psych. Stephanie Hild-Steimecke
Psychologische Psychotherapeutin
für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
niedergelassen in eigener Praxis in Birstein (Hessen)
als Mitglied des IQTIG Expertengremiums Ambulante Psychotherapie

Vorwort

Das IQTIG wurde mit Beschluss vom 17. Mai 2018 des GBA damit beauftragt, ein einrichtungsübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zu entwickeln, welches die aktuelle Qualitätssicherung mittels Gutachterverfahren ersetzen soll. Im Rahmen dieser Beauftragung entschied sich das IQTIG ein Expertengremium einzuberufen, welches es im Kontext der Therapeutenbefragung beriet.
Am 22. März 2021 hat das IQTIG seinen Vorbericht zum Qualitätssicherungsverfahren den beteiligten Akteuren und allen teilnehmenden Experten*innen zur Beteiligung am Stellungnahme-Verfahren übersendet. Ich schreibe diese Stellungnahme als Mitglied des Expertengremiums und bin sehr dankbar für die Möglichkeit, nach den mündlichen Beratungen auch eine schriftliche Stellungnahme abgeben zu können.
Zunächst möchte ich mich beim IQTIG für die kooperative und professionelle Zusammenarbeit bedanken. Ich hatte den Eindruck, dass wir als Expert*innen ernst genommen wurden und einige unserer Anregungen in Teilen Eingang gefunden haben, in die derzeit vorgelegten Ergebnisse des IQTIG zu deren Auftrag des GBA.
Es gibt einige Aspekte des Vorberichtes, zu denen ich Stellung nehmen möchte, da ich hier eine andere Auffassung habe, als die hier im Vorbericht präsentierte. Ich tue dies mit der Hoffnung, dass meine Stellungnahme hilft, ein sinnvolles, hilfreiches, sparsames und machbares QS-Verfahren für die Psychotherapie zu bahnen, welches auch Patient*innen eine bessere Qualität der Psychotherapie ermöglicht. Die Empfehlungen des IQTIG Vorberichtes werden diesen Ansprüchen aus meiner Sicht leider nicht gerecht.

vertraulich

Allgemeine Kritik

Zunächst möchte ich die Ergebnisqualität und Aussagekraft von zweijährigen Rückmeldezeiträumen als Benchmarking für Praxen (Seite 15 Abs. 2) infrage stellen.
Nach Erfahrungen aus meiner eigenen Praxis und von Kolleg*innen werden in der Regel 10-20 Therapien im Jahr abgeschlossen. Bei einer Erhebung alle zwei Jahre würden bei einer Vollerhebung bei den Psychotherapeut*innen Datensätze von 20-40 Behandlungen erhoben werden können. Den Rücklauf der Patientenbefragung schätze ich noch deutlich niedriger ein. Diese Menge an Datensätzen reicht aus meiner Sicht nicht aus, um ein valides Benchmarking, welches auch Vergleiche zwischen Praxen ermöglichen soll, zu erarbeiten.

Weiter bietet diese geringe Stichprobenzahl von 20-40 Datensätzen alle zwei Jahre bei den vom IQTIG häufig vorgeschlagenen Referenzrahmen von ≥90 bzw. ≥95 % keinen Raum für Abweichungen. Das wird den individuellen Bedürfnissen der Patient*innen in vielen Aspekten nicht gerecht. Dann müssten doch bei fast allen Patient*innen alle Qualitätskriterien erhoben werden, um beim Benchmarking nicht aufzufallen. Dies wiederum bringt mich zur, im Bericht aus meiner Sicht nicht ausreichend diskutierten, Risikoadjustierung.

Ich sehe, anders als das IQTIG, ein hohes Risiko für eine Risikoadjustierung bei der Patient*innenauswahl aufgrund des vorgeschlagenen QS Verfahrens. Es gibt bestimmte Patientenklientel bei denen ein so klar strukturiertes Vorgehen und Abhaken aller 77 Datenfelder mit einem Referenzraum von ≥90-95% einfach nicht realistisch ist. Was im Umkehrschluss dazu führen könnte, dass Psychotherapeut*innen dazu verleitet werden könnten, Patient*innen mit komplexen Behandlungsbedarf, schweren Persönlichkeitsstörung und schweren Verläufen seltener zu behandeln, um die eigene Statistik in den Bereich der „Erfüllung" zu steuern und ggf. auch Sanktionen abzuwenden Ein denkbares Szenario bei Patient*innen mit Persönlichkeitsstörungen ist z.B., dass eine adäquate Aufklärung zum psychotherapeutischen Rahmen nicht möglich ist, da eine Krisensitzung nach der anderen erfolgt. Ähnliches gilt z.B. für Patient*innen, die nicht in der Lage sind deutschsprachige standardisierte Testdiagnostik (die bei den meisten Patient*innen der Praxis ausreicht) aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse, Lese-Rechtschreibfertigkeiten und/oder deutlich eingeschränkter Konzentrationsfähigkeit auszufüllen. Der womöglich deutliche Anstieg der Risikoadjustierung könnte tragische und zu vermeidende Entwicklungen durch ein Qualitätssicherungsverfahren nach sich ziehen.

Auch die Argumentation des IQTIG, dass Rückmeldeberichte nur alle zwei Jahre stattfinden sollen damit Psychotherapien nicht zweimal erfasst werden, zeugt von mangelnder Erfahrung mit der praktischen Behandlung. Langzeitpsychotherapien mit bis zu 100 Behandlungsstunden (bei einer Behandlungsfrequenz von 1 Std. pro Woche; bei der Psychoanalyse 300 Std. à 2-3 Std. pro Woche), dauern aus meiner eigenen Erfahrung, in der Regel mind. zweieinhalb bis drei Jahre, da durch, Urlaub, Krankheit, Therapiepausen und sonstigem Terminausfall nicht jede Woche Sitzungen stattfinden. Daher fände ich ein anderes Auslösekriterium für die Erfassung der QS (Qualitätssicherung) deutlich sinnvoller. Vorgeschlagen wurde in unserer Expertengruppe ein Auslösen der QS, zum Beispiel durch das Abrechnen einer Therapiebeendigung.

Des Weiteren sehe ich keinen deutlichen Qualitätsgewinn für ambulante Psychotherapien durch ein quantitatives Erfassen von insgesamt 77 Datenfeldern, die letzten Endes sogar einen Vergleich unter Kolleg*innen ermöglichen soll. Allein beim Vergleich von Kolleg*innen mit unterschiedlichem Praxiskonzept und unterschiedlichen Patientenklientel und unterschiedlichen Störungsbildern können die Ergebnisse aus den vorgeschlagenen Qualitätsindikatoren nicht wirklich zwischen „guten und schlechten" Kolleg*innen unterscheiden.
Die Zeit, die ein*e Psychotherapeut*in mit dem Ausfüllen dieser 77 Datenfelder verbringt ist im Umkehrschluss wieder Zeit, die wir nicht mit der Behandlung von Patient*innen oder der inhaltlichen Reflexion der laufenden Behandlung verbringen können. Der dadurch entstehende zeitliche Aufwand scheint mir vor allem bei Kurzzeittherapien unangemessen, da er nach meiner Einschätzung auch die Qualität der Behandlung nicht verbessert.
Ich plädiere, u.a. die Prozessindikatoren 3.1 (Reflexion des Therapieverlaufs) und 3.2 (Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf) für Kurzzeittherapien zu streichen.

vertraulich

Weiter möchte ich anmerken, dass ich viele der genannten Qualitätsindikatoren nicht als verfahrensunabhängig ansehe, sondern diese sich eher für durchstrukturierte oder manualisierte psychotherapeutische Verfahren, wie z.B. die Verhaltenstherapie anbieten. Als Psychodynamikerin sehe v.a. ich bei den psychodynamischen Verfahren viele Herausforderungen bzw. Probleme bei der Umsetzung der Datenfelder, da deren Durchführung aktiv in den Behandlungsprozess eingreift, ohne eine Qualitätsverbesserung mit sich zu bringen. Dies verringert die Möglichkeit Psychotherapien patientenindividuell zu gestalten und birgt das Risiko „Einheitstherapien" zu forcieren.

Insgesamt sehe ich die Validität des vorgeschlagenen Qualitätssicherungsverfahrens als inhaltlich eingeschränkt, da einer der wichtigsten und robustesten Qualitätsindikatoren für ein gutes Behandlungsergebnis, die therapeutische Beziehung (Flückiger et al., 2018), nicht in das QS-Verfahren miteinbezogen wurde (IQTIG Vorbericht, S. 18, zweiter Absatz).

Kritik am „wissenschaftlichen" Vorgehen des IQTIG

Im Zwischen- und Vorbericht des IQTIG werden Ergebnisse und Aussagen von Fokusgruppen mit Psychotherapeut*innen und Kolleg*innen als Ergebnis einer qualitativen Inhaltsanalyse stichpunktartig präsentiert. Der Gesprächsverlauf dieser Fokusgruppen, zum Beispiel mittels anonymisierter Transkripte oder zumindest deren Zusammenfassung in Kategorien und Unterkategorien Mittel der qualitativen Inhaltsanalyse, wurde auch auf Nachfrage nicht zur Verfügung gestellt und es wurde betont, dass diese niemandem außer ausgewählten Mitarbeitern des IQTIG zur Verfügung stünden. Dies zeugt für mich von einer großen Intransparenz und Unwissenschaftlichkeit und macht es für mich schwierig die Relevanz der Ergebnisse aus den Fokusgruppen adäquat einzuschätzen. Präsentiert werden vom IQTIG herausgepickte Zitate von Patient*innen und oder Kolleg*innen, die aus meiner Sicht nur dann in Gänze nachvollziehbar sind, wenn der gesamte Gesprächsprozess gelesen werden kann oder zumindest der inhaltsanalytische Prozess dargestellt wird. Das selektive Herauspicken einzelner Kommentare entspricht nicht einem systematischen und/oder inhaltsanalytischen Vorgehen.
Da ich selbst Erfahrung mit der Auswertung qualitativer Daten mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring habe (Hild, 2012) bedauere ich es, den inhaltlichen Sortierungs- und Reduzierungsprozess nicht nachvollziehen zu dürfen und zweifle hier dadurch auch die Ergebnisse und auch die Wissenschaftlichkeit dieses Vorgehens an. Diese Kritik wurde in den Gesprächen im Expertengremium angesprochen, im Bericht jedoch nicht erwähnt.
Durch dieses Vorgehen kann die Auftretenshäufigkeit in den Fokusgruppen und dadurch auch Relevanz von Patientenzitaten wie folgendem nicht im Verhältnis gesehen werden: „*Es war zwar nett, aber eigentlich nur nett und ich für mich selbst habe mich kein Stück weiterentwickelt, sodass ich mir schon wünschen würde, dass der rote Faden bei den Therapeuten bleibt und dass sie auch Ziele setzen und diese Ziele dem Patienten/Klienten auch mitteilen […]. (Fg Pat Befr AmbPT 2019)*" (IQTIG Vorbericht, S. 90, letzter Absatz).

vertraulich

Weiter unwissenschaftlich und methodisch unsauber finde ich eine Herangehensweise des IQTIG, mitten im Expertengremiumsprozess ihr Vorgehen zu verändern. Zu Beginn des Arbeitsprozesses im Expertengremium wurden uns als Expert*innen verschiedene Qualitätsmerkmale, die sie aus Literaturrecherchen und o.g. Fokusgruppen mit Patient*innen und Psychotherapeut*innen erarbeitet haben, vorgelegt. Unsere Aufgabe sollte es sein, nach Diskussion in der Gruppe diese Qualitätsmerkmale nach folgenden Kriterien zu bewerten, auch RAND/UCLA-Appropriateness-Method (RAM) genannt:

- Potenzial zur Verbesserung,
- Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer
- Unabhängigkeit von der Diagnose
- Unabhängigkeit von Therapieverfahren.
- Anwendbarkeit des Qualitätsmerkmals auf die systemische Therapie

Uns wurde gesagt, dass nur solche Qualitätsmerkmale zu Qualitätsindikatoren werden würden, die von mehr als 75 % der Expert*innen mit einem Punktwert von ≥ 7 (auf einer Skala von 1 = kein Verbesserungsbedarf bis 9 = sehr hoher Verbesserungsbedarf) bewertet wurden. (siehe auch S. 59-60 der IQTIG Vorberichts). Die Ergebnisse dieser Ratings wurden uns bei einer Präsenzsitzung in Teilen (da nicht alle Expert*innen wegen COVID-19 in Präsenz anwesend waren) direkt vor Ort präsentiert. Es gab niemals eine zusammenfassende schriftliche Rückmeldung, wie diese Ratings tatsächlich ausgefallen sind. Dies legt die Vermutung nahe, dass wie bereits bei der Präsenzsitzung beobachtet, keines oder kaum eines der Qualitätsmerkmale den Standards des RAM gerecht wurden. Ohne ausreichende Präsentation und Diskussion in den Expertengremien oder dem Vorbericht wurden trotzdem Indikatoren ausgewählt.

Das Bewertungskriterium „*Potenzial zur Verbesserung*" löste im Expertengremium zudem ausgiebige Diskussionen aus, über die aus meiner Sicht im Vorbericht nicht ausreichend berichtet wird. Wir wurden instruiert, das Potenzial zur Verbesserung von aktuellen Behandlungen durch Einführung der QS-Verfahrens zu bewerten. Bei Qualitätsindikatoren wie *„1.1 „Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung von behandlungsrelevanten Dimensionen"* würde ein hoher Verbesserungsbedarf implizieren, dass es einen erheblichen Anteil an Kolleg*innen gibt, die dies nicht bereits tun. Diese Implizierung flächendeckender, grober qualitativer Mängel in der Psychotherapie finde ich ohne Verweis auf Rechercheergebnisse über das bereits kritisierte Vorgehen bei den Fokusgruppen fragwürdig. Eine angemessenere Formulierung des Items hätte lauten können. *„Dient der Qualitätssicherung in der Psychotherapie"*.

Kritik an der inhaltlichen Recherche des Vorberichtes

Auch wenn ich das IQTIG sehr bemüht fand Informationen durch Literaturrecherche einzuholen, möchte ich auf einen mir wichtigen Aspekt hinweisen, der aus meiner Sicht vom IQTIG keine objektive Ergebnispräsentation, sondern vielmehr eine subjektive Interpretation von präsentierten Rechercheergebnissen darstellt. Auf Seite 45 (letzter Absatz) des IQTIG Vorberichts wird das Ergebnis der AQUA-Modellstudie der Techniker Krankenkasse von (Wittmann, et al. 2011) aus

vertraulich

Sicht des IQTIG dargestellt: *„Die Auswertung der Daten weist darauf hin, dass Therapeutinnen und Therapeuten, die bei der Diagnostik auch standardisierte Instrumente zur Symptomerhebung einsetzen, mehr und differenzierter diagnostizieren als Therapeutinnen und Therapeuten, die diese nicht einsetzen (Wittmann et al. 2011)."*
Die Aussage, dass die Nutzung standardisierter Instrumente zur Symptomerhebung zu mehr und v.a. differenzierterer Diagnostik führen, ist eine nicht ausreichend gekennzeichnete Interpretation des IQTIG, die wichtigen Aussagen und Interpretationen der Autoren des Artikels außer Acht lassen. Wittmann et al. (2011) schreiben selbst:

„Die regelmäßige Anwendung von psychometrischen Testverfahren vor, während und zum Abschluss einer Psychotherapie verbessert das Therapieergebnis nicht." (S. 157)

„Vielmehr gibt es den Hinweis darauf, dass die regelmäßige Durchführung von Testverfahren die Therapiedauer verlängert und damit die Therapieeffizienz senkt." (S. 143).

Nach meinem Verständnis zeigt die AQUA-Konzeptstudie vielmehr, dass die Anwendung (regelmäßige) standardisierter Testverfahren keine Verbesserung der Qualität der Psychotherapie bewirkt hat und auch noch zu Mehrkosten für die Krankenkassen geführt hat.

Auf Seite 95 (IQTIG Vorbericht) kritisierte das IQTIG: „…auf Basis eigener Analysen von Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2016 ergaben jedoch, dass bei nur ca. 15 % der Patientinnen und Patienten im Verlauf der psychotherapeutischen Behandlung der Einsatz von Messinstrumenten abgerechnet wird." Daraus wird abgeleitet, dass es bezüglich dieses Qualitätskriteriums einen Verbesserungsbedarf gibt.

Hierbei wird jedoch nicht beachtet, dass Testdiagnostik auf der einen Seite äußerst schlecht vergütet wird, auf der anderen Seite auch nur begrenzt anwendbar bzw. anrechenbar ist. Streng genommen setzt sich die Vergütung der Testdiagnostik zu 20-30 % aus der ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Leistung zusammen, die restliche Leistung soll bzw. kann von geschulten Angestellten durchgeführt werden, was dann auch die geringe Bezahlung der Leistung erklärt. So ist es zum Beispiel so, dass die Durchführung von Diagnostik folgende Aspekte umfasst:

- die Anwendung
- Auswertung
- die schriftliche Aufzeichnung des Testverfahrens

Wichtig zu wissen ist jedoch, dass nur etwa ein Fünftel aller psychotherapeutische Praxen Angestellte beschäftigen. So gab es bisher auf der einen Seite keine adäquaten finanziellen Anreize psychologische Testdiagnostik durchzuführen, was ein guter Grund sein könnte, warum diese in der Vergangenheit so „wenig" abgerechnet wurde, auch wenn es in manchen Fällen durchaus sinnvoll ist. Hinzu kommt auch, dass das Verwenden (standardisierter) Testdiagnostik nicht verfahrensunabhängig ist, sodass viele Kolleg*innen, die mit psychodynamischen Verfahren arbeiten, diese auch nicht für nützlich in der Psychotherapie sehen bzw. diese sogar

vertraulich

als kontraindiziert erachten. Diesem Aspekt wird im IQTIG Vorbericht nicht ausreichend Rechnung getragen.

Patientenbefragung

Ich möchte mich auch zu der vom IQTIG geplanten Patientenbefragung äußern, die parallel zur Befragung der Psychotherapeut*innen stattfinden soll (S. 80 ff). Leider zeigte sich die Präsentation der Ergebnisse der Patientenbefragung im Expertengremium aus meiner Sicht als eher intransparent, unkooperativ und desinteressiert an der Diskussion mit uns als Expertengremium. Bei der Besprechung des Vorberichts sagten die Vertreter der Patientenbefragung ohne Nennung von Gründen kurzfristig ab.
Einer meiner wichtigsten Kritikpunkte an der geplanten Patientenbefragung, der mehrfach, ohne adäquate Berücksichtigung im Expertengremium diskutiert wurde, ist, dass bestimmte Qualitätsmerkmale ausschließlich und retrospektiv (nach z.T. mehr als 3 Jahren) über Patient*innen erhoben werden sollen:

- Informationen Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen
- Informationen zu den Rahmenbedingungen
- Information und Aufklärung zu Diagnose
- Informationsaufklärung zur aktuellen Therapie
- Kommunikation international psychotherapeutische Versorgung
- Gemeinsame Behandlungsplanung

Da das QS-Verfahren u.a. auch zum Qualitätsvergleich zwischen Psychotherapeut*innen genutzt werden und ggf. sogar Sanktionen nach sich ziehen soll, finde ich es besonders wichtig, o.g. Qualitätsmerkmale auch bei Psychotherapeut*innen zu erfragen.
Aus meiner eigenen Praxiserfahrung erlebe ich, dass viele Aspekte, die am Anfang der Behandlung besprochen werden, nach nur wenigen Wochen, Monaten oder gar Jahren von Patient*innen nicht mehr in Erinnerung sind. Dies zeigt sich zum Beispiel deutlich bei der Erhebung eines Ausfallhonorars, dessen Rahmenbedingung ich mir zu Beginn der Behandlung unterschreiben lasse. Auch bei anderen Aspekten und Informationen, die ich zu Beginn von Behandlungen gebe, fällt oft auf, dass sich daran nicht erinnert wird. Auf die Frage hin, was ich hätte anders machen können, damit sich eine Patientin an bestimmte Dokumente, die sie sogar unterschrieben hat und ich vorlegen konnte, besser erinnern könnte, meinte sie nur*: „Frau Hild, ich war so froh eine Psychotherapie zu bekommen, da hätte ich alles unterschrieben.“*. Andere Patient*innen berichten mir, dass sie bei den ersten Psychotherapiesitzungen so aufgeregt gewesen seien oder so starke Konzentrations- und Gedächtnisprobleme gehabt hätten, dass sie kaum noch Erinnerungen an die dort besprochenen Inhalte hätten. Allein aus diesen aus der Praxis gewonnenen Erfahrungen halte ich daher eine Patientenbefragung ausschließlich, zu o.g. Qualitätssicherungsaspekten als absolut ungeeignet. Insgesamt befinde ich die Patientenbefragung als inhaltlich fragwürdig und einen Eingriff in die Behandlung und die therapeutische Beziehung.

vertraulich

Das IQTIG betont (auf S. 19 vorletzter Absatz) die Wichtigkeit, dass ein QS-Verfahren nicht in den Behandlungsprozess eingreift. Aus meiner Sicht ist auch das retrospektive Abfragen und Bewerten der Psychotherapie und des Behandlers/der Behandlerin ein direkter Eingriff in eine bereits abgeschlossene Behandlung, da Psychotherapie und die Erfahrungen aus der psychotherapeutischen Beziehung häufig noch über Monate bzw. Jahre nachwirken. Die retrospektive Reflexion und quantitative Bewertung der Psychotherapie und/oder der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten und seiner „geleisteten Arbeit" kann den Patienten/die Patientin in einen moralischen Konflikt bringen und dadurch auch das Weiterwirken der Behandlung beeinträchtigen. Weiter könnte es Patient*innen davon abhalten bei den bewerteten Psychotherapeut*innen in einigen Jahren erneut eine Psychotherapie zu beginnen, wenn es hier bezüglich der Bewertungen vielleicht auch Gewissenskonflikte gab und gibt. Auch dies kann sich nachteilig negativ auf Genesungsmöglichkeiten von Patient*innen und Möglichkeiten zur Rezidivprophylaxe auswirken.

Kritik an Qualitätsindikatoren

Ein weiterer mir wichtiger Aspekt ist der Qualitätsaspekt 4. Kooperation. Bei der Begründung des Referenzkriteriums von mehr als 90 % für den Qualitätsindikator *„Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten"* zitiert das IQTIG Studien zu psychischen Erkrankungen, bei denen zu einer Kooperation dringend geraten wird, zum Beispiel bei Schizophrenie oder einer bipolaren Störung (IQTIG Vorbericht, S. 99, vorletzter Absatz). Dies sind beides Störungen, bei denen eine psychiatrische Mitbehandlung, vor allem in der (abklingenden) Akutphase meist unumgänglich ist. Dies trifft nach meiner Einschätzung nur auf etwa 30 % aller Psychotherapien zu. Sind Patient*innen zudem bereits seit vielen Jahren bei Psychiater*innen und auch gut auf ihre Medikamente eingestellt, sehe ich nicht in allen Fällen einen direkten Austausch oder eine Kooperation mit der/dem verschreibenden Kolleg*in als notwendig. Kontakte mit Kolleg*innen in der Vergangenheit bestätigen, dass diese dies ähnlich sehen. Auch ist in vielen Fällen eine Mitbehandlung durch andere Akteure des Versorgungssystems wie Physio-, Ergo- und Soziotherapeuten nicht immer notwendig oder gar möglich. Eine Kooperation zwischen diesen und Psychotherapeut*innen ist auch in vielen Fällen nicht nötig (z.B. bei einem Beinbruch). Weiter ist zu betonen, dass eine Kooperation nicht in allen Fällen fachlich indiziert ist, sodass ich empfehle hier eine zusätzliche Antwortmöglichkeit für die Datenfelder zu einzurichten:

- *„ist fachlich nicht indiziert"*

Eine weitere Antwortmöglichkeit, die ich empfehle würde, neben „der Facharzt konnte nicht erreicht werden":

- *„der Facharzt/die Fachärztin ist an einer Kooperation nicht interessiert"*

Eine deutliche Verbesserung der Kooperation zwischen Behandler*innen sehe ich nur dann möglich, wenn diese auch seitens der Krankenkassen angemessen finanziert wird, da dies für alle Behandler*innen einen deutlichen Mehraufwand bedeutet, der in keinster Weise (angemessen)

vertraulich

vergütet wird. Sollte dieser Aspekt also gefördert werden, müsste man aus meiner Sicht anders herangehen.

Abschließend möchte ich sagen, dass mit den oben angeführten Begründungen sich dieser Indikator nicht für das QS-Verfahren eignet.

Die Qualitätsindikatoren *1.2 „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten"* und 3.2 *„Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf"* sehe ich als Vertreterin psychodynamischer Verfahren in keinster Weise als verfahrensunabhängig. In der tiefenpsychologischen Behandlung, die ich fachlich vertrete, ist das Anwenden von Testverfahren bereits als ein Eingriff in die therapeutische Behandlung und Beziehung zu sehen. Auch wenn ich die subjektive Notwendigkeit des IQTIG nachvollziehen kann, eine quantitative Messung von Indikatoren voranzutreiben, ist diese weder diagnose-, noch therapieverfahrensunabhängig. Testverfahren können die therapeutische Beziehung maßgeblich beeinträchtigen, Patient*innen aus anderen Kulturen, die der deutschen Sprache und v.a. Schrift nicht in Gänze mächtig sind, die schwer traumatisiert und/oder schwer depressiv sind und sich kaum konzentrieren können, sehe ich häufig als nicht in der Lage zur Durchführung dieser. Häufig stellt die Durchführung solcher Verfahren eine zusätzliche Belastung für Patient*innen und Therapeut*innen dar, ohne maßgeblichen Nutzen zu bringen, wie bereits bei Wittmann et al. 2011 zitiert.

Sollte das Qualitätskriterium trotzdem beibehalten werden, fände ich folgende Ankreuzoption eine unumgängliche Ergänzung:

- *„die Durchführung standardisierter Testdiagnostik wurde vom Patienten abgelehnt"*
- „eine standardisierte Testdiagnostik war kontraindiziert"
- *„eine standardisierte Testdiagnostik war nicht erforderlich"*

Letzteres ist zum Beispiel dann der Fall, wenn Patient*innen bereits zeitnah vor der Behandlung ambulant oder stationär behandelt wurden und eine zufriedenstellende fachliche Diagnostik durchgeführt und übergeben wurde, z.B. in Form von Arzt- und Entlassungsbriefen.

Die Verpflichtung zur Durchführung von standardisierten diagnostischen Instrumenten stellt aus meiner Sicht den Entzug der Indikationshoheit für Interventionen in der Psychotherapie dar, sodass ich empfehle, dieses zu streichen. In diesem Kontext möchte ich auch auf die oben bereits erfolgte Diskussion zur Risikoadjustierung verweisen.

Zu den Schritten bis zum Regelbetrieb

Die vom IQTIG vorgeschlagene Machbarkeitsprüfung (IQTIG Vorbericht, S. 138, 2. Absatz) vor Implementierung der Qualitätssicherung finde ich vor dem Hintergrund meiner bereits genannten Kritik zu Umfang und Zeitaufwand eine unumgängliche Maßnahme. Eine Evaluierung von realem Kosten und Nutzen des vorgeschlagenen QS-Verfahrens, insbesondere ob es hier wirklich zu

vertraulich

Qualitätsverbesserungen in der Versorgung kommt, finde ich hier zudem von hoher Bedeutsamkeit.

Im Weiteren möchte ich zu bedenken geben, dass ein so ausführliches QS-Verfahren eine angemessene Vergütung des Zeitaufwandes beinhalten muss, um Praxen den hohen Zeitaufwand zu entschädigen. Das Gutachterverfahren kam seit der Richtlinienreform 2017 nur bei Langzeitpsychotherapien zum Tragen, das geplante Qualitätssicherungsverfahren soll jedoch als Vollerhebung für alle Psychotherapien durchgeführt werden. Dies bedeutet einen deutlichen bürokratischen und zeitlichen Mehraufwand für die Praxen, die ein Behandler nicht mit der direkten Patientenbehandlung verbringt.

Auf Seite 15 Abs. 1 des Vorberichts diskutiert das IQTIG: *„Eine stichprobenartige Validierung der übermittelten Qualitätssicherungsdokumentation anhand der Behandlungsakte oder einer gegebenenfalls zukünftig eingeführten standardisierten Dokumentation erscheint grundsätzlich möglich."* Diesen Einblick in die hoch vertraulichen Behandlungsakten von Patient*innen sehe ich aus Schutz der Patient*innen und der Vertraulichkeit einer Psychotherapie als schwere Verletzung von Patientenrechten und alleine aus Datenschutzgründen nicht realisierbar, ohne die therapeutische Beziehung maßgeblich zu beeinträchtigen. Solch ein Vorgehen könnte Patient*innen daran hindern, jemals (wieder) psychotherapeutische Behandlungen in Anspruch zu nehmen.
Ich empfehle zwingend diese Überlegungen gänzlich zu streichen.

Birstein, 02.05.2021

Dipl.-Psych. Stephanie Hild-Steimecke

vertraulich

Literatur:

Hild, Stephanie (2012): *Individuelle Patientenziele und Therapieerfolg innerhalb ambulanter Dialektisch-Behavioraler Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung.* Berlin, unveröffentlicht.

Flückiger, C; Del Re, AC; Wampold, BE; Horvath, AO (2018): The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy* 55(4): 316-340. DOI: 10.1037/pst0000172.

Wittmann, WW; Lutz, W; Steffanowski, A; Kriz, D; Glahn, EM; Völkle, MC; et al. (2011): Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: *Modellprojekt der Techniker Krankenkasse – Abschlussbericht.* Hamburg: Techniker Krankenkasse. ISBN: 978-3-00-035022-1.

Stellungnahme

Im Beteiligungsverfahren zum Vorbericht „Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ des IQTIG

Der Auftrag des G-BA an das IQTIG beinhaltet die Entwicklung des QS Verfahrens für den Bereich Psychotherapie. Aufbauend auf der Konzeptskizze des AQUA-Instituts sollen ein Qualitätsmodell und daraus abgeleitete Qualitätsindikatoren entwickelt werden. Die Indikatoren sollen durch ihre Messung zur Beurteilung der Prozess- und der Ergebnisqualität dienen. Kriterien an das Verfahren und die Indikatoren sind dabei: Verfahrensunabhängigkeit, Diagnoseunabhängigkeit, Zuschreibbarkeit in die Verantwortung des Leistungserbringers, identifiziertes Verbesserungspotential und Risikoadjustierung als Bedingung für einen sachgerechten Vergleich der Leistungserbringer. Zudem soll das gesamte Instrumentarium kompakt, fokussiert und fallbezogen sein und den gängigen Standards (Objektivität, Validität, Reliabilität) genügen. Problematisiert werden u.a. die kleinen Fallzahlen in psychotherapeutischen Praxen und die Heterogenität der Behandlungsverläufe.

Neun Qualitätsindikatoren wurden seitens des IQTIG für die QS zur Erhebung bei den Leistungserbringern bestimmt. Einige dieser Indikatoren (z.B. Erfassung des Therapiefortschritts im Verlauf) werden parallel in einer Patientenbefragung erhoben. Zudem wurden weitere Qualitätsindikatoren bestimmt (z.B. Information zum Therapieverfahren, Kommunikation mit dem Pat.) die ausschließlich in einer Patientenbefragung erhoben werden, nicht bei den Leistungserbringern.

Vorbetrachtungen

Um das vom IQTIG entwickelte Qualitätsmodell und die daraus abgeleiteten Indikatoren zu beurteilen, ist es zunächst notwendig, die Grundannahmen bekannter QS-Maßnahmen zu betrachten und für die Psychotherapie einzuordnen:

Bekannte QS-Maßnahmen im Gesundheitswesen basieren bislang ausschließlich auf dem sog. biomedizinischen Krankheitsmodell. Dieses nimmt an, dass beobachtbare Symptome objektiv erfassbar (messbar) sind und eindeutig einer ursächlichen somatischen Erkrankung zugeordnet werden können. Die Aufgabe eines Behandlers (Ärztin/Arzt) ist die Durchführung eines vom Patienten erlaubten medizinischen Eingriffs (u.a. „Maßnahmen der mechanischen Korrektur, strahlentechnischer Intervention, biochemischer Bekämpfung von Erregern, der Substitution von körpereigenen Stoffen und der Beeinflussung des Stoffwechselgeschehens durch Zuführung von bestimmten Substanzen“*). Abgesehen von der Einwilligung kommt den Patienten bei der eigentlichen Behandlung eine weitgehend passive Rolle zu. Dem entsprechend sind in diesem Modell für die Wirkung eines medizinischen Eingriffs die Behandler verantwortlich. Auf diese Logik beziehen sich QS-Maßnahmen im Gesundheitswesen bei der Bewertung der Leistungserbringer.

Abgesehen davon, dass das biomedizinische Krankheitsmodell auch für viele Bereiche der klassischen somatischen Medizin sicher keine ausreichende Grundlage darstellt und sich vermutlich deshalb existierende QS-Verfahren bislang auf klar umschriebene medizinische Eingriffe (im genannten Sinne) beschränken, bietet dieses Modell definitiv keine Grundlage für psychotherapeutisches Handeln. Zwar sind auch psychische Erkrankungen durch Symptome gekennzeichnet unter denen Patienten leiden,

vertraulich

diese sind aber i.d.R. nicht objektiv messbar, sondern nur subjektiv vom Patienten beschreibbar. Zudem sind sie nicht eindeutig einer psychischen Ursache zuzuordnen, d.h. bei unterschiedlichen Menschen können ein und dieselben Symptome auf völlig unterschiedlichen psychischen Ursachen beruhen. („Bspw. besagt die Diagnosekategorie >F33.1G< der ICD-10-GM lediglich, welche Symptome (vom Patienten) beobachtbar sein müssen, um >gesichert< eine >rezidivierende depressive Störung< zu diagnostizieren. Diese Diagnose erklärt nicht, weshalb die betreffende Person depressiv reagiert“*) Erst wenn neben der Symptomatik auch die psychogene Ursache für eine psychische Erkrankung diagnostiziert ist, ist eine Psychotherapie prinzipiell indiziert. Ein weiterer wesentlicher Unterschied besteht im Handeln der Behandler (hier: Therapeutin/Therapeut). Diese führen per Definition keine medizinischen Eingriffe (im genannten Sinne) durch, sondern versuchen durch ihr Handeln Heilung und Linderung von Leiden zu fördern. Der Verlauf einer Psychotherapie ist dabei in erheblichem Maße von Patientenvariablen abhängig. Patienten nehmen keine passive, sondern eine aktive Rolle ein. Der Behandlungsverlauf und das Ergebnis wird, im Unterschied zum medizinischen Eingriff, maßgeblich durch die zeitlich variable, individuelle Therapiemotivation, Veränderungsbereitschaft und Umstellungsfähigkeit der Patienten und durch äußere Faktoren (z.B. Lebensereignisse) bestimmt. Aus diesen Gründen kann die Logik des biomedizinischen Krankheitsmodells hinsichtlich der Bedeutung von symptombezogenen Diagnosen genauso wenig auf die Psychotherapie übertragen werden, wie die aus diesem Modell abgeleitete Bewertung der Leistungserbringer im Sinne der alleinigen Verantwortung für Behandlungsverlauf und-ergebnis.

Auf dieser Grundlage erfolgt nun die Bewertung der selektierten Indikatoren und ihrer Operationalisierungen.

Bewertung der Indikatoren

<u>Indikator 1: Umfassende diagnostische Gespräche mit Erfassung von behandlungsrelevanten Dimensionen</u>

Grundsätzlich ist von einem allgemeinen Konsens darüber auszugehen, dass eine umfassende Diagnostik eine notwendige Voraussetzung für eine Psychotherapie darstellt. Hierzu existieren entsprechende berufsrechtliche und berufsethische Verpflichtungen sowie teils detaillierte inhaltliche Vorgaben, die u.a. im sog. Gutachterverfahren bereits gelebte Praxis in der psychotherapeutischen Versorgung sind. Ohne Zweifel muss dieser Standard Grundlage vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung sein. In diesem Zusammenhang ist m.E. jedoch nicht belegt worden, dass in diesem Bereich ein Verbesserungsbedarf besteht. In den Quellenangaben des IQTIG finden sich hierzu lediglich vereinzelte Aussagen von Teilnehmern der sog. Fokusgruppen (Patienten), die als Kritik gewertet wurden. Dort wird z.B. angeben, im Rahmen der Diagnostik sei zu viel nach den Ursachen der Probleme geforscht worden, Patienten hätten zu wenig Autonomie und ihre Individualität sei im diagnostischen Prozess zu wenig berücksichtigt worden. M. E. rechtfertigen diese Einzelaussagen nicht die Annahme, im Bereich dieses Qualitätsmerkmals bestünde ein grundlegender Verbesserungsbedarf. Denn selbstverständlich stellen sich Patientinnen nicht ohne Vorannahmen und Erwartungen in einer Praxis vor. Allerdings werden Patienten manchmal bereits im Erstgespräch in bestimmten Erwartungen notwendigerweise frustriert. Insbesondere sind dies Erwartungen an eine schnelle Linderung ihrer Beschwerden durch Psychotherapie und/oder Erwartungen an ein weitgehend passives Patientenverhalten in einer möglichen Behandlung. Diese entspringen m.E. auch bei Patienten i.d.R. einem Verständnis von Krankheit und Behandlung auf Basis des o.a. somatischen Krankheitsmodells.

vertraulich

Weiterhin zeigt sich bei der Operationalisierung des Qualitätsindikators eine Schwerpunktsetzung auf eine symptombezogene Diagnostik. Eine Diagnostik von Symptomen ist zwar diagnose- und verfahrensübergreifend notwendig, bildet aber in der Überbetonung eine Gefahr für den diagnostischen Prozess, da eine verfahrensspezifische Diagnose von Ursachen nicht entsprechend gewichtet wird (diese findet sich lediglich in einem von insg. 11 Datenfeldern). Aufgrund dieser Überbetonung steht die Operationalisierung dieses Qualitätsindikators m.E. in einem Widerspruch zur ätiologischen Orientierung der Psychotherapie (gemäß §3 der geltenden Psychotherapierichtlinie).

Für den Aspekt, ob die Erfüllung des Qualitätsindikators der Verantwortung der Leistungserbringer zugeordnet werden kann, ist zu bedenken, dass die Leistungserbringer m.E. selbstverständlich Verantwortung für das diagnostische Vorgehen tragen (welche Themen, Fragestellungen, Symptome werden zu welchem Zweck, wann exploriert). Nicht in der Verantwortung der Leistungserbringer liegen dagegen die Ergebnisse der diagnostischen Erhebungen. Denn diese sind ausschließlich die subjektiven Antworten und Einschätzungen der Patienten. Dabei handelt es sich nicht um objektivierbare Sachverhalte, wie insb. bei somatischen Untersuchungen. Zudem unterliegen die subjektiven Einschätzungen von Patienten diversen möglichen Verzerrungen und Motivationen (wie bei jedem Menschen). Therapeuten können die Aussagen von Patienten im Rahmen ihrer fachlichen Expertise lediglich darauf prüfen, ob sie diese für nachvollziehbar, vollständig und widerspruchsfrei halten.

<u>Indikator 2: Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von Testverfahren (als Eingangsdiagnostik)</u>

Bei diesem Qualitätsindikator bestehen für mich bezüglich der Begründung, als auch bezüglich der inhaltlichen Gestaltung erhebliche Zweifel. Wie schon eingangs dargelegt, ist eine symptombezogene Orientierung in der Diagnostik bei der Indikationsstellung einer Psychotherapie nicht ausreichend und zielführend. Standardisierte diagnostische Instrumente sind im Rahmen ambulanter psychotherapeutischer Behandlung m.E. überwiegend lediglich dazu geeignet, das erlebte psychische Leid von Patienten ergänzend zu erfassen (z.B. als Hinweis für die Empfehlung des Therapiesettings: ambulant oder stationär). Mit ihnen lassen sich keine Ursachen erheben oder weitere Aspekte prüfen, die zur Indikationsstellung erforderlich sind. Mit diesem Indikator erfolgt eine weitere Überbetonung der Symptomerhebung, insb. auch deshalb, weil ein weiterer Indikator den Einsatz von standardisierten diagnostischen Instrumenten im Therapieverlauf fordert, deren Folgen für den weiteren Therapieverlauf nicht bedacht wurden. Damit besteht die Gefahr der Fokussierung weg von den Ursachen und ihrer Bearbeitung hin zu einer symptomatischen Behandlung. Durch diesen Indikator würden eindeutige Anreize für Psychotherapeuten geschaffen, psychisches Leid auf der Grundlage des biomedizinischen Krankheitsmodells zu betrachten. Dies würde sich dann auch negativ auf Patienten auswirken. Denn der Einsatz von standardisierten Messverfahren mag zwar zum Stellen von mehr symptombezogenen Diagnosen führen (i.S. des biomedizinischen Krankheitsmodells), dies sagt aber nichts über die Qualität der Diagnostik aus oder führt gar zu deren Verbesserung (i.S. der Diagnostik von psychogenen Ursachen). Die Feststellung eines Verbesserungspotentials erfolgte laut Vorbericht lediglich auf der Hochrechnung von Abrechnungsdaten. Hieraus ein allgemeines Verbesserungspotential abzuleiten, erscheint nicht nachvollziehbar.

Hinzu kommt, dass der Qualitätsindikator einen Referenzbereich von mindestens 90% hat. Demnach würden Therapeuten den Qualitätsstandard verletzen und auffällig werden, wenn sie sich bei mehr als 10% ihrer durchgeführten Therapien gegen einen entsprechenden Einsatz entscheiden. Vor diesem Hintergrund wäre auch zu befürchten, dass eine entsprechende Patientenselektion begünstigt wird

vertraulich

und weniger Patienten eine Behandlung erhalten, bei denen der Einsatz von Testverfahren kontraindiziert ist oder abgelehnt wird. Darüber hinaus wurde im Expertengremium betont, dass der Einsatz von standardisierten Messverfahren selbst eine Intervention darstellt und deshalb unter die Indikationshoheit der Psychotherapeutinnen fällt. Somit steht die Forderung einer konkreten Häufigkeit im Widerspruch zur gleichzeitigen Aussage im Vorbericht, dass die Entscheidung über den Einsatz standardisierter Messverfahren bei den Therapeutinnen liegt.

Wie im Vorbericht festgehalten ist, gab es zu diesem Themenkomplex im Expertengremium insgesamt ein sehr heterogenes Meinungsbild und eine entsprechend kontroverse Diskussion. In der weiteren Darstellung wird erwähnt, dass von einigen Experten der Einsatz standardisierter Messinstrumente mit dem „Verfügbarmachen empirischer Informationen“ begründet worden ist. Dabei entsteht m.E. der Eindruck, dass das IQTIG einseitig dieser Argumentation gefolgt ist, die allerdings vor allem von Experten mit einem expliziten Forschungshintergrund und möglicherweise auch Forschungsanliegen vorgetragen wurde. Hierbei ist unberücksichtigt geblieben, dass QS-Maßnahmen nicht der Versorgungsforschung dienen sollen, sondern dem gerechtfertigten Vergleich von Leistungserbringern. Gegenargumente, insb. von Expertinnen psychodynamischer Verfahren, werden im Vorbericht zwar erwähnt, fanden aber keine weitere Berücksichtigung (insb. in der Operationalisierung des Indikators). M.E. ist der Indikator nicht verfahrensunabhängig und er stellt in seiner ggw. Operationalisierung einen ungerechtfertigten Eingriff in die Durchführung von Psychotherapien dar. Mögliche negative Auswirkungen auf die Therapien aber auch eine fragliche Kosten-Nutzen Relation wurden nicht berücksichtigt.

<u>Indikator 3: Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen</u>

Die Relevanz dieses Indikators ist m.E. gegeben, auch die Operationalisierung erscheint angemessen. Anzumerken ist aus meiner Sicht, dass es in einigen Behandlungsfällen sinnvoll und notwendig ist, die Entwicklung von Zielen als Teil der Therapie zu betrachten. Das Benennen von Therapiezielen (i.S. eines Behandlungsauftrags) kann letztlich nur durch die Patienten erfolgen. Die Aufgabe von Therapeuten sehe ich in der Überprüfung der Ziele in Bezug auf Erreichbarkeit, Rationalität, Funktionalität und Widerspruchsfreiheit. Mitunter können Patienten zunächst keine Ziele benennen oder die benannten Ziele sind ungeeignet (s.o.). Oft ist es dann indiziert, dies zunächst zu bearbeiten. Bislang zum Beispiel im Rahmen einer KZT mit dem Ziel, die Indikation für eine LZT zu prüfen und zu erarbeiten. (Wie würde es bewertet werden, wenn eine Fortführung einer Therapie nicht sinnvoll ist, weil die Formulierung geeigneter Therapieziele nicht gelingt?). Auch erscheint mir der Begriff der „Anfangsphase der Therapie“ in der die Zielformulierung erfolgen soll zu ungenau. Weiterhin ist zu bedenken, dass diese Aussagen aus einem verhaltstherapeutisch geprägten Blickwinkel getroffen wurden. Da insb. bei psychodynamischen Verfahren dieser Indikator anders bewertet werden wird, erscheint mir fraglich, ob er als verfahrensunabhängig eingeschätzt werden kann.

<u>Indikator 4: Reflexion des Therapieverlaufs</u>

Die Überprüfung des Therapiefortschritts im Verlauf ist m.E. ein durchgängig notwendiges Handeln von Therapeutinnen, i.S. der Einhaltung oder der notwendigen Anpassung des gewählten Therapieplans. Dabei können voneinander unabhängige Therapie(teil)ziele vorhanden sein, häufiger jedoch bedingen Therapie(teil)ziele einander (i.S. aufeinander aufbauender Behandlungsschritte, bei denen erst dann das nächste Therapie(teil)ziel verfolgt werden kann, wenn das vorhergehende in ausreichendem Maß erreicht wurde). Bei der Operationalisierung des Qualitätsindikators fällt auf, dass neben der Überprüfung der Erreichung von Therapie(teil)zielen auch die Überprüfung behandlungsrelevanter

vertraulich

Dimensionen vorgesehen ist. Dabei ist nicht erkennbar, was damit konkret gemeint ist. Vermutlich sind entweder beide Datenfelder als redundant zu sehen oder aber mit behandlungsrelevanten Dimensionen sind vorrangig Symptome gemeint (diese Vermutung legt die Angaben zur Rationale nahe). Im ersten Fall wäre eine Erhebung nicht erforderlich, im zweiten Fall wäre sie abzulehnen aufgrund der schon dargestellten Probleme der Symptomfokussierung in einer Psychotherapie. Eine weiter Frage ergibt sich bezüglich der Beantwortung der Frage, ob Therapieziele angepasst wurden. Wenn keine Anpassung von Therapie(teil)zielen erforderlich gewesen ist, was sicher sehr häufig der Fall sein wird, wäre hier „nein“ anzugeben. Damit würde jedoch eine Negativbewertung des Therapeuten entstehen, obwohl kein Qualitätsdefizit vorliegt.

Indikator 5: Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von Testverfahren im Therapieverlauf

Das IQTIG beschreibt diesen Indikator als Analogiebildung zum Indikator 2 (s.o.) des Qualitätsaspekts Diagnostik. Deshalb sollen und können die o.a. Argumente der Stellungnahme ebenfalls analog gelten. Ergänzend sollte jedoch darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Verwendung standardisierter Messinstrumente im Verlauf einer Psychotherapie m.E. einen weitaus stärkeren Eingriff in die Behandlung darstellt als im Rahmen einer Eingangsdiagnostik. Mit der geforderten und verpflichtenden Anwendung von Test und Messinstrumenten im Verlauf verschiebt sich der Fokus endgültig auf die Symptomebene und fördert bei Patientinnen und Therapeutinnen eine ungünstige Erwartungshaltung sowie eine dysfunktionale Haltung zu Wirkmechanismen von Psychotherapie. Wie eingangs beschrieben sind im Rahmen einer Psychotherapie die Bearbeitung der psychogenen Ursachen und die Berücksichtigung einer notwendigen Arbeitsbeziehung inkl. aktiver Patientenrolle essentielle Merkmale. Therapiefortschritt lässt sich m.E. vor allem bzgl. der Entwicklung dieser Aspekte betrachten und die Überprüfung gehört in diesem Sinne zum durchgängig notwendigen Handeln von Therapeutinnen. Psychotherapie hat selbstverständlich das Ziel psychisches Leid zu lindern. Im Unterschied bspw. zu einer medikamentösen Behandlung ist hier jedoch keine lineare Verbesserung der Symptomatik zu erwarten. Im Gegenteil: durch die aktive Bearbeitung der Ursachen ist sogar eine zeitweise Verstärkung der Symptomatik und Belastung der Patienten zu erwarten (z.B. bei verhaltenstherapeutisch orientierten Konfrontationsbehandlungen von Ängsten). Diese sind keine unerwünschten Nebenwirkungen, sondern müssen als „notwendiges Übel“ psychotherapeutischer Behandlungen betrachtet werden, über die Patienten im Vorfeld aufgeklärt werden müssen. Würde der Fokus viel stärker auf Symptomen und deren schrittweiser Verbesserung im Verlauf einer Psychotherapie liegen, ist m.E. zu befürchten das wirksame und notwendige Behandlungsschritte zukünftig weniger durchgeführt werden. Damit würde der Auftrag einer zielgerichteten Behandlung der psychogenen Ursachen zum Schaden von Patienten nicht erfüllt, Psychotherapie liefe Gefahr, lediglich eine zeitlich befristete Stabilisierung erreichen zu wollen. Das diese Befürchtungen nicht aus der Luft gegriffen sind, zeigt z.B. die Kritik von Prof. Ulrich Streeck am psychotherapeutische Angebot in vielen psychosomatischen Kliniken: „ … in vielen psychosomatischen Kliniken (hat sich) eine Komfort- und Wohlfühlkultur ausgebreitet – zum Schaden der Psychotherapie. Denn Psychotherapie verlangt nicht zuerst Wohlfühlen, sondern die Bereitschaft, sich der eigenen psychischen Binnenwelt gegenüber zu öffnen. Das ist oft genug ein Wagnis und ebenso schwierig wie unangenehm.“* M.E. ist die Entwicklung von Fehlanreizen nicht beachtet worden.

vertraulich

Indikator 6: Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten

Im Vorbericht des IQTIG ist festgehalten, dass eine Kooperation zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern insb. bei schwer und chronisch erkrankten Menschen erforderlich ist. Ebenso wird festgestellt, dass Kooperation nur bei einer Teilmenge des Patientenkollektivs relevant ist. In der Operationalisierung des Indikators findet sich jedoch keine Antwortmöglichkeit, die es Psychotherapeutinnen ermöglicht, zu dokumentieren, dass eine Kommunikation für nicht erforderlich oder kontraindiziert erachtet wurde. Dies ist m.E. bei einem erheblichen Anteil von Patienten der Fall und könnte im Widerspruch zu relevanten Therapiezielen stehen (z.B. Übernahme von Eigenverantwortung zur Selbstfürsorge/Gesundheitssorge durch den Patienten). Zum Thema Medikation erscheint es mir fraglich, ob hier in fast allen Fällen eine Koordination der Behandlung inhaltlich notwendig und möglich ist. Immerhin handelt es sich um individuelle Behandlungsentscheidungen im jeweiligen Arzt-Patienten- und Therapeut-Patienten-Verhältnis die zudem i.d.R. auf völlig verschiedenen Behandlungsansätzen beruhen (somatisches vs. psychogenes Krankheitsverständnis). Unklar bleibt m.E. auch, was genau unter Kooperation und Kommunikation mit anderen Leistungserbringern verstanden wird und verstanden werden soll. Die Antwortmöglichkeit „…konnte nicht erreicht werden“ legt die Vermutung nahe, dass das IQTIG ausschließlich persönliche Gespräche/Telefonate als Kommunikation wertet. Wenn aber bspw. ein ausführlicher Entlassungsbericht einer Klinik vor Aufnahme einer Psychotherapie vorliegt, was soll dann zwingend zusätzlich in einem persönlichen Gespräch geklärt oder koordiniert werden? Dies gilt in ähnlicher Form auch für alle anderen Leistungserbringer. Auch deren Handeln steht nicht immer in einer entsprechenden – eine gemeinsame Koordination erfordernden – Beziehung zum Handeln von Psychotherapeutinnen. Hier besteht die Gefahr einer inhaltslosen Kommunikation, die rein pro forma erfolgt. Es sollte deshalb kein Nachteil sein, wenn Therapeutinnen entscheiden, keinen persönlichen Kontakt herzustellen oder (falls erforderlich) schriftlich kommunizieren. Befremdlich erscheint zudem, dass die Initiative zur Kommunikation und Koordination zukünftig ausschließlich im Verantwortungsbereich der Psychotherapeuten gesehen wird.

Indikator 7: Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie

Da es sich bei diesem Indikator um eine Analogiebildung zum Indikator „Reflexion des Therapieverlaufs“ handelt, soll auch hier auf die entsprechenden Anmerkungen verwiesen werden (s.o. unter Indikator 4). Zu ergänzen ist allerdings, dass m.E. ungeklärt ist, wie in Behandlungsfällen zu verfahren ist, in denen diese Phase nach Ansicht der jeweiligen Therapeutin nicht erreicht wurde, die Therapie aber vorzeitig beendet wurde, entweder seitens der Patienten oder seitens der Psychotherapeuten. Auch an dieser Stelle sei nochmals darauf hingewiesen, dass der Verlauf einer Psychotherapie in erheblichem Maß von Variablen abhängt, die nicht von Therapeutinnen zu beeinflussen sind. Dazu gehören Patientenvariablen aber auch begrenzte Stundenkontingente. Und da Psychotherapien nicht in allen Fällen einen idealtypischen Verlauf haben, entstünden Therapeuten in den entsprechenden Fällen Nachteile, obwohl dies möglicherweise nicht von ihnen zu verantworten ist.

Indikator 8: Abklärung einer Indikation für anschließende therapeutische Maßnahmen

Dieser Indikator enthält m.E. einen inhaltlichen Fehler. Laut Operationalisierung müssen Therapeuten, um das Qualitätsmerkmal zu erfüllen, immer prüfen, ob eine Rezidivprophylaxe indiziert ist. Dabei ist dies in der Praxis nicht durchführbar, denn eine Rezidivprophylaxe ist ggw. nur im Rahmen einer

vertraulich

Langzeittherapie möglich. Wenn eine Kurzzeittherapie durchgeführt wurde, ist die entsprechende Frage nicht sinnvoll zu beantworten oder würde zu einem Nachteil in der Bewertung führen. Weiterhin erscheint es mir inhaltlich nicht schlüssig, inwieweit das Überprüfen der Notwendigkeit von Weiterbehandlungen im Zusammenhang mit der Absicherung des psychotherapeutischen Behandlungsergebnisses steht.

Indikator 9: Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie

Im vorliegenden Vorbericht wird ausführlich festgehalten, auf welchen möglichen Dimensionen das Ergebnis einer Psychotherapie beschrieben werden kann, die alle als wünschenswert angesehen werden können. Völlig aus dem Blick ist dabei geraten, ob das Ergebnis einer Psychotherapie im Rahmen des QS-Verfahrens auch tatsächlich den jeweiligen Leistungserbringern alleinverantwortlich zugeschrieben werden kann. Denn das QS-Verfahren dient ja erklärtermaßen dem Leistungserbringervergleich. Wie schon in der Vorbetrachtung (s.o.) ausführlich dargestellt, ist das Ergebnis einer Psychotherapie aber nicht allein auf das Handeln der jeweiligen Leistungserbringer zurückzuführen, sondern ebenso abhängig von den beschriebenen Patientenvariablen und weiteren Aspekten. Zwar wird dieser Indikator vom IQTIG als Prozessindikator geführt, es wird im Bericht aber auch festgehalten: „…, dass im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung keine konkret vorgegebenen Outcomes erhoben werden, sondern zunächst der Prozess der Ergebniserfassung als Standard in der Versorgung etabliert werden soll.“ Diese Aussage und die auffällig ausführliche Darstellung möglicher Ergebnisdimensionen lässt m.E. die Befürchtung zu, dass hier zu einem späteren Zeitpunkt ein Ergebnisindikator entwickelt werden soll. Davor sei an dieser Stelle eindringlich gewarnt. Nicht, weil Psychotherapeutinnen kein Interesse an einem guten Ergebnis einer Psychotherapie hätten, sondern weil das Ergebnis einer Psychotherapie zum Zweck des Leistungserbringervergleichs aus den genannten Gründen ungeeignet ist. Dadurch wären, aufgrund einer zu erwartenden Patientenselektion, auch massive Nachteile für Patienten zu befürchten.

Zur Operationalisierung des Indikators ist anzumerken, dass die Erhebung des Ergebnisses im Grunde ja nur gemeinsam mit dem Patienten erfolgen kann. Diese wäre bei Therapieabbrüchen jedoch nicht immer möglich (insb. bei Abbrüchen durch Patienten) und würde zu Nachteilen für die jeweilige Therapeutin führen. Weiterhin ist die Antwortoption „Verlängerung beantragt“ m.E. unnötig, da ja in diesem Fall die Therapie vom Patienten und Therapeuten noch nicht als beendet angesehen wird. Auch erschließt sich nicht die Sinnhaftigkeit der Unterscheidung zwischen Erhebungsdatum des Ergebnisses und Enddatum der Therapie.

Gesamteindruck und Fazit

Das IQTIG hat mit großem und anerkennenswertem Aufwand ein Qualitätssicherungsverfahren für die ambulante Psychotherapie entwickelt. Dieses versucht, die Vorgaben des Auftrags des G-BA mit den fachlichen Erfordernissen und Besonderheiten der Psychotherapie zu verbinden und beiden Aspekten gerecht zu werden. Dabei wurden die Meinungen im Expertengremium mit großem Interesse einbezogen und nach Möglichkeit berücksichtigt. Dennoch weisen die gewählten Indikatoren Schwächen auf, da sie m.E. in unterschiedlichem Ausmaß nicht den selbstgewählten Kriterien an QS-Indikatoren entsprechen Hierzu zählen insb. die Verfahrensunabhängigkeit und das identifizierte Verbesserungspotential. Und auch wenn alle Indikatoren als Prozessindikatoren beschrieben wurden, sind der Aspekt Zuschreibbarkeit in die Verantwortung des Leistungserbringers sowie der Aspekt der Auswirkung auf eine Therapie selbst und die gesamte Versorgung (i.S. einer Risikoadjustierung) nicht

vertraulich

oder nicht ausreichend berücksichtigt worden. Es ist anzunehmen, dass die Ursache dafür in den im Auftrag implizit enthaltenen ungeeigneten Grundannahmen zu suchen ist. Diese passen nicht zur Psychotherapie im Allgemeinen und zur Realität der psychotherapeutischen Versorgung. Psychotherapie lässt sich eben nicht mit einem medizinischen Eingriff gleichsetzen.

Im Fazit des Vorberichts wird angegeben, dass das gewählte Indikatorenset der Sicherstellung wichtiger Schlüsselprozesse der Psychotherapie dient. Meines Erachtens erfolgte die Entwicklung der Indikatoren zu sehr unter dem, in anderen QS-Verfahren üblichen, Blickwinkel des biomedizinischen Krankheitsmodells. Deshalb ist das Indikatorenset m.E. zur sehr fokussiert auf Symptome und einige Indikatoren stellen m.E. eben keine Schlüsselprozesse dar. Auch teile ich die Auffassung nicht, die Indikatoren und ihre Operationalisierung könnten sich nicht nachteilig auf Therapien und die therapeutische Beziehung auswirken. Da Patientinnen und Therapeutinnen von den QS-Maßnahmen wissen, schon vor und während der Therapie, sind entsprechende Anpassungs- und Normierungsprozesse zu erwarten, die sehr wohl im Widerspruch zu sinnvollem therapeutischem Handeln stehen können. Meines Erachtens ist sowohl für die einzelnen Indikatoren als auch für das gesamte QS-Verfahren unberücksichtigt geblieben, welche unerwünschten Folgewirkungen die flächendeckende Einführung als Vollerhebung haben kann und haben wird. Einzelne Aspekte hierzu wurden bereits (s.o.) erwähnt und wurden im Expertengremium immer wieder angesprochen.

Ich möchte mich abschließend ganz herzlich beim IQTIG für die Möglichkeit einer Stellungnahme bedanken.

Nordhausen, den 30.04.2021

Sebastian Jugert

Psychologischer Psychotherapeut
Mitglied des Expertengremiums

vertraulich

Anmerkung: bei den mit * gekennzeichneten Inhalten handelt es ich um Zitate aus externen Quellen, zu deren vollständiger Angabe bin ich auf Wunsch selbstverständlich bereit

Dipl.-Psych. Mechthild Lahme
Psychologische Psychotherapeutin

[redacted]

STELLUNGNAHME

[redacted]

zum Vorbericht „Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“

vertraulich

EINLEITUNG

Das IQTIG hat Mitte März 2021 seinen Vorbericht zum Qualitätssicherungsverfahren vorgelegt und alle teilnehmenden Expert*innen zur Stellungnahme aufgerufen. Diese Gelegenheit möchte ich an dieser Stelle gern nutzen.

Im Auftrag des GBA hat das IQTIG ein einrichtungsübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten zu entwickeln. Berücksichtigung sollte dabei die bereits vom G-BA abgenommene Konzeptskizze des AQUA-Institutes für ein ebensolches QS-Verfahren und die aktuelle Psychotherapie-Richtlinie finden. Parallel zu diesem Verfahren wurde eine Patientenbefragung beauftragt. Diese zwei Säulen des QS-Verfahrens für die ambulante Psychotherapie beruhen auf dem gleichen vom IQTIG entwickelten Qualitätsmodell, wobei außer dem Aspekt Diagnostik viele der Qualitätsaspekte ausschließlich über die Patientenbefragung erhoben und später mit den Ergebnissen der Psychotherapeuten abgeglichen werden sollen.

VORGEHEN UND BEWERTUNG

Das IQTIG hat dem Expertengremium, bestehend aus 18 Expert*innen, Vertreter*innen aller Psychotherapieverfahren und Patientenvertreter*innen zum Auftakt 14 Qualitätsmerkmale als Ergebnis von Literaturrecherchen, Fokusgruppen mit Patient*innen und Psychotherapeut*innen zur weiteren Diskussion und Bewertung vorgelegt. Aufgabe war es, diese Kriterien unter folgenden Aspekten zu bewerten:
1. Potential der Verbesserung (im Hinblick auf die Versorgung der Patienten); 2. Zuschreibbarkeit der Verantwortung durch zum Leistungserbringer; 3. Unabhängigkeit von der Diagnose; 4. Unabhängigkeit vom Therapieverfahren und 5. Anwendbarkeit auf die systemische Therapie. Darüber hinaus sollten etwaige mit einem solchen QS-Verfahren verbundene unerwünschte Wirkungen oder Fehlanreize thematisiert werden.

- Das Ziel des IQTIG, mittels der RAM Methode die Expertenmeinungen nach den obigen Kriterien zu bewerten, konnte nicht erreicht werden. Hierzu müssten mehr als 75 % der Expert*innen bei der Bewertung dem Qualitätsmerkmal einen Punktwert von 7 oder höher geben. Es liegen nicht alle Ergebnisse der Ratings vor, aber nach den ersten öffentlichen Rückmeldungen muss das schon für alle im Vorbericht ausgewählten Indikatoren bezweifelt werden.

- Das IQTIG hat immer wieder betont, dass das QS-Verfahren nicht in den Therapieprozess eingreifen soll. Deshalb ist auch eine retrospektive Erhebung und Weiterleitung erst nach Abschluss der Therapie vorgesehen, wobei das QS-Erhebungsformular sich kontinuierlich während der gesamten Therapie im Praxisverwaltungsprogramm öffnet und sukzessive ausgefüllt werden kann. Diesem Anspruch werden die entwickelten Qualitätsindikatoren und ihre Operationalisierung nicht gerecht, wir unten aufgeführt.

- Das QS-Instrument sollte zudem auf die Prozessqualität fokussieren und die Erfassung der Ergebnisqualität prüfen, kompakt (keine unnötige Bürokratie, sich aus der Standarddokumentation herleiten), fallbezogen sein, den gängigen Standards (Objektivität, Validität, Reliabilität) genügen und die Besonderheit der psychotherapeutischen Praxen mit kleinen Fallzahlen und heterogenen Behandlungsverläufen berücksichtigen. Die entwickelten Indikatoren sollen zudem verfahrensunabhängig genutzt werden können. Diesem Anspruch werden die entwickelten Qualitätsindikatoren und ihre Operationalisierung ebenfalls nicht gerecht, wir unten aufgeführt.

- Die Qualitätssicherung soll der nachhaltigen Verbesserung der Versorgung für die Patient*innen dienen, so der Anspruch des IQTIG, einem Ziel, dem auch alle anwesenden Expert*innen verpflichtet sind. Es konnte nicht aufgezeigt werden, dass bei den vorgelegten Indikatoren ein Verbesserungspotenzial besteht und durch ihre regelhafte Anwendung im Verlauf einer ambulanten Psychotherapie die Qualität der Behandlung verbessert werden kann.

ANMERKUNG ZU EINZELNEN QULITÄTSINDIKATOREN

Im Ergebnis hat das IQTIG neun Qualitätsindikatoren vorgelegt und operationalisiert. Auf einzelne Aspekte wird im Folgenden eingegangen und Vorschläge zur Veränderung vorgelegt.

1.1. Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung von behandlungsrelevanten Dimensionen

Vorschlag: Es sollte im Endbericht und der Ausfüllhilfe deutlich hervorgehoben werden, dass die Umsetzung der Erhebung der Informationen ausschließlich nach fachlichen Gesichtspunkten erfolgen soll.

Eine umfassende Diagnostik ist die Voraussetzung für die Aufnahme einer Psychotherapie. Das ist Konsens und berufs- und sozialrechtlich festgelegt, zum Teil inhaltlich beschrieben in der gültigen Psychotherapie-Richtlinie §§ 10 u. 11 und wird berücksichtigt im aktuellen Gutachterverfahren.

In den Ausführungen des Vorberichts finden sich weder Hinweise aus den Fokusgruppen (einzig eine einzelne Darstellung einer Patientin) noch aus unserer Expertengruppe darauf, dass bei diesem Kriterium wirklich ein Verbesserungsbedarf besteht. Im Vorbericht hat das IQTIG nicht ausreichend und überzeugend begründet, warum dieser Qualitätsindikator dennoch berücksichtigt wird.

Wenn es unverändert stehen bleibt, wird der Qualitätsindikator sehr detailliert mittels 13 Datenfeldern erfasst, die alle mit JA beantwortet werden müssen. Die Umsetzung ist hier sehr irreführend. Erst in der Sitzung am 14.04.2021 wurde deutlich, dass hier nicht unbedingt eine vertiefte Exploration aller abgefragten Kriterien notwendig ist, sondern der **fachlich diagnostische Blick der Psychotherapeut*innen** gefragt ist, die diese Kriterien einschätzen und dokumentierten.

1.2 Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten

Vorschlag: Der Qualitätsindikator ist um ein zusätzliches Datenfeld zu erweitern.

DF	Standardisierte Testdiagnostik nach Überprüfung aus fachlicher Sicht nicht behandlungsrelevant und/oder nicht indiziert	0 = Ja 1 = Nein

vertraulich

Dieser Indikator wurde in der Expertengruppe besonders engagiert diskutiert, es wurden Alternativen und Umformulierungen vorgeschlagen. Die im Vorbericht vorgeschlagene Umsetzung und Begründung spiegelt diesen Diskussionsprozess in keiner Weise wieder und kann nicht überzeugen. Auch aus der gesichteten Literatur kann kein Qualitätspotential hergeleitet werden. Die regelhafte Anwendung des Indikators beeinflusst zudem den Therapieverlauf, ist keinesfalls verfahrensunabhängig und entspricht nicht den aktuell gültigen Regelwerken zur Anwendung der Psychotherapie in der ambulanten Versorgung.

Positiv ist anzumerken, dass die Psychotherapeut*innen die Anfangsphase und die Abschlussphase der Eingangsdiagnostik patientenindividuell festlegen und dokumentieren sollen. Auch die Entscheidung über den patientenindividuellen Einsatz eines spezifischen Messverfahrens liegt bei den Psychotherapeut*innen. Wie viel Entscheidungsfreiheitverbleibt aber, wenn der Referenzbereich bei ≥ 90 % festgelegt wird? Bei kleinen Praxen, die weniger als 20 Richtlinientherapien im Kalenderjahr abschließen, ist hier wenig patientenindividuelle Freiheit möglich.

Verfahrensunabhängigkeit kann nur sichergestellt werden, wenn die Indikations- und Behandlungsfreiheit durch dieses Qualitätsziel unberührt bleibt. Hierauf haben die Vertreter*innen der psychodynamischen Verfahren in der Diskussion im Expertengremium und auch in schriftlichen Rückmeldungen ausführlich Stellung genommen, die leider unberücksichtigt geblieben sind. Mit der oben vorgeschlagenen zusätzlichen Operationalisierungsmöglichkeit wäre diese Freiheit gegeben.

Doppelte Diagnostik ist unwirtschaftlich, bringt keinen Mehrwert und ist abzulehnen. Das wäre nach diesem Qualitätsindikator so vorgegeben. Natürlich müssen sich Psychotherapeut*innen zu Beginn einer Behandlung ein umfassendes, eigenes Bild machen. Aber Patienten bringen auch Entlassungsberichte mit umfassenden aktuellen testdiagnostischen Ergebnissen mit zum Erstgespräch.

Bisher besteht laut gültiger Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung **keine Pflicht zum Einsatz eines standardisierten diagnostischen Instrumentes.**
Nach *§11(1) PT-Richtlinie setzt Psychotherapie eine ätiologisch orientierte Diagnostik voraus, welche die jeweiligen Krankheitserscheinungen erklärt und zuordnet.* Mit der Reform 2017 wurde eigens zur diagnostischen Abklärung die psychotherapeutische Sprechstunde eingeführt, die vor jeder Behandlung im Umfang von 100 Min. stattfinden muss. Hier regelt die Richtlinie in *§11 (2) das, bei Verdacht auf eine seelische Krankheit im Rahmen der Sprechstunde nach § 11 eine Orientierende Diagnostische Abklärung (ODA) stattfindet und, sofern erforderlich, eine Differenzialdiagnostische Abklärung (DDA). Beide haben die Diagnostik vor Indikationsstellung für eine therapeutische Maßnahme zur Zielsetzung. Hierbei sind in der Regel standardisierte diagnostische Instrumente einzusetzen.*
Die Anzahl der psychotherapeutischen Sprechstunden kann gekürzt werden, wenn zeitnahe Vorbehandlungen, wie z.B. Klinik- oder Reha- Behandlungen stattgefunden haben. Dazu regelt die PT-Richtlinie in *§ 11 (7) Sofern ein Therapeutenwechsel nach der Sprechstunde oder im Rahmen einer laufenden Therapie stattgefunden hat oder eine Patientin oder ein Patient aus stationärer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V oder rehabilitativer Behandlung nach § 40 Absatz 1 oder 2 SGB V aufgrund einer Diagnose nach § 27 entlassen wurde, können die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung nach § 11a, probatorische Sitzungen nach § 12 und die Akutbehandlung nach § 13 ohne Sprechstunde beginnen.*

Standardisierte Diagnostik ist kein Selbstzweck. Sie dient der Absicherung der Symptome und Diagnose und ist nicht handlungsleitend für das Störungsmodell und die Therapieplanung. Zu diesem Ergebnis kommt auch die TK Studie von 2011, auf die sich auch dieser Vorbericht bezieht *„Die Auswertung der Daten weist darauf hin, dass Therapeutinnen und Therapeuten, die bei der Diagnostik auch standardisierte Instrumente zur Symptomerhebung einsetzen, mehr und differenzierter diagnostizieren als Therapeutinnen und Therapeuten, die diese nicht einsetzen“* (Wittmann et al. 2011, S. 45).
Mehr standardisierte Diagnostik erhöhte demnach nicht den Behandlungserfolg und hatte aber Einfluss auf die Dauer der Psychotherapie i.S. einer Verlängerung von durchschnittlich vier Sitzungen (a.a.O. S. 157 u, 143).

Vertraulich

2.1 Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen

Vorschlag: Umbenennung des Qualitätsziels in „gemeinsame Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen“ um dem partizipatorischen Grundgedanken der Psychotherapie gerecht zu werden.

Mit der Operationalisierung dieses Qualitätsindikators wird eine Chance vertan, einen wesentlichen Aspekt einer Psychotherapie zu erfassen, nämlich zu verdeutlichen, dass das „Ringen“ um Therapieziele ein Element des Therapieprozesses ist, welcher zwischen Therapeut*innen und Patient*innen erfolgen muss. Auf die Problematik der Schulen-übergreifenden Anwendung dieses Indikators wurde in der Diskussion ausführlich hingewiesen. Es war Konsens aller beteiligten Experten*innen und Patientenvertreter*innen, dass diese partizipatorische Haltung die Psychotherapie kennzeichnet. Das sollte sich in der Benennung des Qualitätsindikators wieder finden.

3.1 Reflexion des Therapieverlaufs

Vorschlag: Umbenennung des Qualitätsziels in „gemeinsame Reflextion des Therapieverlaufs“ um dem partizipatorischen Grundgedanken der Psychotherapie gerecht zu werden. Für eine KZT ist dieser Qualitätsindikator zu streichen.

Die (gemeinsame) Reflextion des Therapieverlaufs ist ein Prozess, der die gesamte Psychotherapie begleitet. Die Überprüfung des Behandlungsplans, der vereinbarten Ziele und angewandten Methoden findet in einer LZT häufiger und intensiver statt.

In einer KZT von zwei Mal 12 Stunden geht diese Phase häufig schon in die Abschlussphase über und kann entfallen.

3.2 Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf

Vorschlag: Dieser Qualitätsindikator ist um ein weites Datenfeld zu erweitern werden und sollte für die KZT ganz entfallen.

DF	Standardisierte Testdiagnostik nach Überprüfung aus fachlicher Sicht nicht behandlungsrelevant oder nicht indiziert	0 = Nein 1 = Ja

Dieser Qualitätsindikator wird analog der Eingangsdiagnostik (Indikator 2) bearbeitet, so wird hier auch auf die obigen Ausführungen verwiesen. Eingehen möchte ich hier auf drei weitere Aspekte:

Die Verfahrensunabhängigkeit ist hier noch weniger gegeben als bei der standardisierten Eingangsdiagnostik, die definiert vor Beginn der Therapie stattfinden kann/sollte. Um diesen QI zu erfüllen, muss der therapeutische Prozess um das Element der Verlaufsdiagnostik unterbrochen werden, was auf jedem Fall einen Eingriff in den Behandlungsverlauf bedeutet.

Im Vorbericht wird dieser Verbesserungsbedarf mit den sehr wenigen abgerechneten Tests im Jahr 2016 begründet. Anzumerken ist hier, dass es erst durch die jahrelangen Bemühungen der Berufsgruppe möglich wurde, dass Verlaufsdiagnostik überhaupt abgerechnet werden kann. 2020 wurde hier für die LZT nochmals ein wenig nachgebessert, aber noch heute ist die Abrechnung keine Selbstverständlichkeit, viele KVen verlangen noch individuelle Begründungen über die PVS Systeme. Neben der ohnehin geringen Vergütung hält auch dieser Aspekt die Kollegen*innen davon ab, diese Leistungen abzurechen. Ein Qualitätsdefizit, dem durch die Qualitätssicherung abgeholfen werden muss, ist damit nicht zu begründen.

Die Anwendung von standardisierten Instrumenten im Verlauf einer Psychotherapie verlagert die Perspektive der Patienten wieder zu den dysfunktionalen Anteilen und Symptomen. Ungünstige Erwartungshaltungen an die Psychotherapie könnten die Folge sein und den weiteren Verlauf beeinträchti-

vertraulich

gen.

Psychotherapie hat selbstverständlich das Ziel, psychisches Leid zu lindern. Im Unterschied bspw. zu einer medikamentösen Behandlung ist hier jedoch nicht selbstverständlich eine lineare Verbesserung der Symptomatik zu erwarten. Im Gegenteil: durch die aktive Bearbeitung der Ursachen kann sogar eine zeitweise Verstärkung der Symptomatik und Belastung der Patienten eintreten (z.B. bei verhaltenstherapeutisch orientierten Konfrontationsbehandlungen). Diese sind keine unerwünschten Nebenwirkungen, sondern integrale Bestandteile einer psychotherapeutischer Behandlungen, über die Patient*innen im Vorfeld aufgeklärt werden müssen. Würde der Fokus viel stärker auf Symptomen und deren schrittweiser Verbesserung im Verlauf einer Psychotherapie liegen, ist unter Umständen zu befürchten, dass wirksame und notwendige Behandlungsschritte zukünftig weniger durchgeführt werden. Damit würde der Auftrag einer zielgerichteten Behandlung der psychogenen Ursachen zum Schaden von Patienten nicht erfüllt. Psychotherapie liefe Gefahr, lediglich eine zeitlich befristete Stabilisierung erreichen zu wollen.

In einer KZT von zwei Mal 12 Stunden geht diese Phase häufig schon in die Abschlussphase über.
Für eine KZT sollte dieser Indikator entfallen.

4.1 Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten

Vorschlag: Der Qualitätsindikator ist um ein weiteres Datenfeld zu erweitern.

DF	Berichtspflicht und Kommunikation mit sonstigen Behandlern wurde besprochen; Pat. übernimmt die Kommunikation und Absprachen	0 = Nein 1 = Ja

Psychotherapeut*innen sind eine Berufsgruppe, die den Kontakt und Austausch suchen, wenn er erforderlich oder zielführend ist. Schwachstellen bestehen unzweifelhaft in der Kommunikation und Koordination in der Behandlung schwer psychisch und chronisch erkrankter Patienten. Um diesem Problem adäquat begegnen zu können, hat der G-BA einen gesetzlichen Auftrag zum Aufbau einer Komplexversorgung für schwer psychisch Kranke vergeben (§92 SGB V). Das Projekt steht unmittelbar vor dem Abschluss.
Diese konzeptionellen Vorgaben können aber nicht auf alle Patient*innen in der psychotherapeutischen Behandlung übertragen werden. Über Schwierigkeiten in diesem Kontext wird vielleicht innerhalb der Berufsgruppe häufig geklagt, aber daraus ein Qualitätsdefizit für alle Psychotherapien herzuleiten, ist nicht zulässig.

Zu Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung findet das Konsiliarverfahren statt. Das Vorgehen ist in der Psychotherapie-Richtlinie § 32. Abs. 3 geregelt, Psychotherapeut*innen und Haus- oder Facharzt*innen tauschen sich erstmals über die Patienten*inen aus (Überweisung, Konsiliarbericht), auch zur Frage der Mitbehandlung (letzte Frage im Formular, nach ärztlicher Mitbehandlung). Wie diese dann aussehen kann, entscheiden auch die Patient*innen im Austausch mit dem Psychotherapeut*innen. Der EBM regelt eine Berichtspflicht (Abschnitt 35.2, Kapitel I, Abschnitt 2.1.4), demnach ist dem Haus- oder Facharzt zu Beginn und einmal im Krankheitsfall über den Verlauf der Behandlung zu berichten. Diesem Verlaufsbericht müssen die Patienten*innen zustimmen (Schweigepflicht), und nicht wenige Patient*innen entscheiden an dieser Stelle, dass sie persönlich dem Haus- oder Facharzt berichten möchten. Das ist auch i.S. einer guten Psychotherapie, die Patienten*innen stärken möchte (Stichwort: Eigenverantwortung, Selbständigkeit), ihre Belange selbst in die Hand zu nehmen und ggf. stützend im Hintergrund mit den Patient*innen die notwendigen Schritte vorzubereiten.
Die Operationalisierung dieses Qualitätsziels geht davon aus, dass 90 % der Psychotherapiepatienten diese Kommunikation nicht selber erledigen können bzw. wollen und ein fachlicher Austausch unter

vertraulich

Mitbehandler*innen notwendig ist. Verwunderlich in der vorgelegten Operationalisierung ist dabei, dass die Initiative zur Kommunikation und Koordination zukünftig ausschließlich von den Psychotherapeut*innen ausgehen soll.

Zwar wird die Zustimmung der Patient*innen bei der Operationalisierung des Indikators berücksichtigt, aber schon die Anfrage der Psychotherapeut*inen, ohne besonderes Erfordernis mit beteiligten Dritten sprechen zu wollen (bzw. zu müssen), kann irritieren. Es kann Misstrauen erwecken und als Aufkündigung der Vertraulichkeit der therapeutischen Beziehung verstanden werden und so die Arbeitsbeziehung belasten.

Das Qualitätsziel muss noch einmal grundsätzlich überarbeitet werden und sollte nur Gültigkeit für diejenigen Patienten*innen haben, bei denen eine Mitbehandlung und Kooperation erforderlich ist und die die Kommunikation darüber (aktuell) nicht selber erfolgreich umsetzen können.

5.1 Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie

Vorschlag: Erweiterung der Benennung des Qualitätsziels in „gemeinsame Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase“.

Der partizipatorische Grundgedanke einer Psychotherapie sollte sich hier in der Formulierung der Überschrift und den Datenfeldern wieder finden. Reflexion des Prozesses, Veränderung der Therapieziele, findet in der Psychotherapie im gemeinsamen Gespräch mit den Patient*innen statt und das sollte hier auch so benannt werden.

Dass dieser zentrale Aspekt einer Psychotherapie in diesem Qualitätssicherungsverfahren ausschließlich über die Patientenbefragungen erhoben werden soll, bleibt unverständlich.

5.2 Abklärung einer Indikation für anschließende therapeutische Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungserfolges

Vorschlag: Der Qualitätsindikator ist um ein zusätzliches Datenfeld zu erweitern.

DF	Keine Anschlussbehandlung erforderlich	0 = Nein 1 = Ja

Dieser Indikator ist defizitär operationalisiert, er geht davon aus, dass nach dem Ende einer Psychotherapie bei mehr als 95 % der Patient*innen eine Weiterbehandlung im GKV System notwendig ist. Dem ist aber nicht so, Patient*innen beenden auch gesund eine Psychotherapie, haben sich neue soziale Netzte geschaffen und sind mit dieser Einbindung ausreichend „versorgt“.

Nach den derzeitigen Regelwerken ist Rezdivprophylaxe nur nach einer LZT möglich, durch Reduktion des Gesamtkontingentes. Das muss schon sehr frühzeitig mit den Patient*innen abgestimmt und der Krankenkasse gemeldet werden. Nach einem vollständig aufgebrauchten Kontingent einer LZT oder KZT besteht ausschließlich die Möglichkeit einer Weiterbehandlung mittels psychotherapeutischer Gespräche. **Diese Option muss ins Datenfeld 66 aufgenommen werden.**

6.1 Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie

Vorschlag: Um Missverständnisse und Fehlanreize bei diesem Qualitätsindikator zu vermeiden, ist in der Ausfüllhilfe deutlich hervorzugehen, dass die Indikationsfreiheit und Festlegung des Therapieendes in der Hand der Psychotherapeut*innen liegt.

Die Therapeut*innen legen das Therapieende im Einvernehmen bzw. in Abstimmung mit dem Patient*innen oder ggf. aus fachlicher Sicht allein fest, auf der Grundlage der gültigen Regelwerke. Hier sieht die PT-Vereinbarung § 10 (5) vor, dass *die Therapeutin oder der Therapeut der zuständigen*

vertraulich

Krankenkasse unverzüglich die Beendigung der Richtlinientherapie gemäß § 15 der Psychotherapie-Richtlinie anzuzeigen hat. Sofern sich eine Rezidivprophylaxe anschließt, ist dies ebenfalls anzuzeigen. Ebenso macht die PT-Richtlinie Vorgaben für eine u. U. notwendige Unterbrechung einer Psychotherapie §11 *(13)* demnach ist *die Unterbrechung einer Psychotherapie für einen Zeitraum von mehr als einem halben Jahr ist nur zulässig, wenn sie gegenüber der Krankenkasse formlos begründet wird.*
Nach dem Vorbericht wird dieser Qualitätsindikator ausgelöst, wenn die Psychotherapeut*innen per Pseudoziffer das Ende der Richtlinientherapie melden. Das kann unmittelbar nach der letzten Sitzung sein, aber auch zwei oder ggf. mehrere Quartale später.

Ob damit zeitgleich der sinnvolle Auslöser der Patientenbefragung einhergeht, muss an anderer Stelle diskutiert werden.

Um den partizipatorischen Charakter einer Psychotherapie zu bekräftigen, sollten die **Begrifflichkeiten Erhebung und Feststellung in der Überschrift und in den Datenfeldern durch den Begriff gemeinsame Reflextion ersetzt werden.**

Das Datenfeld 73 sollte zudem um die Option der psychosomatischen Grundversorgung (Gesprächsziffer) nach Ende der Richtlinienpsychotherapie erweitert werden. Rezidivprohylaxe oder niedrigschwellige Begleitung eines Patienten, ggf. auch als Unterbrechung einer Richtlinienpsychotherapie (z.B. wegen laufender Rentenverfahren) nach einer KZT ist bisher nur über das psychotherapeutische Gespräch möglich und sollte deshalb auch hier mit erfasst werden.

FAZIT

- **Machbarkeitsstudie**

Die Umsetzbarkeit dieses QS-Instrumentes sollte mittels einer Machbarkeitsstudie geprüft werden, wie im Vorbericht des IQTIG ausgeführt.“ *Nach Abschluss des Beteiligungsverfahrens und der Würdigung der eingegangenen Stellungnahmen wird der Abschlussbericht erstellt, über den anschließend der G-BA beraten wird. Empfohlen wird eine anschließende Beauftragung einer Machbarkeitsprüfung. Das Indikatorenset wird schließlich durch die dann abgeschlossene Entwicklung einer Patientenbefragung ergänzt werden. (Vorbericht S. 15, letzter Absatz)*

Ausdrücklich zu fordern ist die vorgesehene Machbarkeitsprüfung und Evaluierung anhand von Echtdaten in freiwilliger Kooperation mit den Psychotherapeut*innen! Eine Vollerhebung unter allen Psychotherapeuten*innen ist äußerst aufwändig und kostenintensiv für alle Beteiligten, deshalb müssen Machbarkeit und das Verhältnis von Aufwand und Nutzen vorab gut geprüft werden. Dabei sollte die Chance genutzt werden, die bislang willkürlich gezogenen **Referenzbereiche zu überprüfen**, um darüber die Verfahrensunabhängigkeit, die Indikationsfreiheit und ein mit Patienten individuell abgestimmtes Vorgehen in der Psychotherapie sicher zu stellen.

- **Eingriff in den Therapieverlauf**

Das IQTIG sieht selbst die Gefahr (S. 119), es bestehe *„grundsätzlich das Risiko, dass bei unflexiblen Vorgaben bezüglich der einzelnen Details, und insbesondere der Zeitpunkte der geforderten Prozesse nachteilig in den Therapieprozess eingegriffen würde. Dies könnte zu einer unerwünschten Selektion durch die Leistungserbringer führen, wodurch wiederum insbesondere für schwerer erkrankte Patientinnen und Patienten ein erschwerter Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung entstehen würde*“.
Das IQTIG behauptet nun, dass diesem Problem im Laufe der Entwicklung durch die konkrete Operationalisierung habe begegnet werden können. Belege hierfür werden nicht vorgelegt. Tatsächlich besteht das beschriebene schwerwiegende Risiko weiterhin, wie auch in den obigen Punkten der Stellungnahme deutlich aufgezeigt wurde.
Es sollte in der Erprobungsphase und in der Profession kritisch beobachtet werden, inwieweit die

vertraulich

detaillierte Operationalisierung der Qualitätsindikatoren über 77 Datenfelder, die über die Praxisverwaltungssysteme die Psychotherapie kontinuierlich begleiten, die Behandlungsplanung der Psychotherapeuten*innen nachhaltig beeinflusst in Richtung einer sehr manualisierten Psychotherapie, die den individuellen Erfordernissen der Patienten*innen nicht gerecht wird.

- **Datensparsamkeit und wenig Bürokratismus**

Davon kann bei 77 Datenfeldern, mittels derer die 9 Qualitätsindikatoren operationalisiert werden, nicht gesprochen werden. Diese umfangreiche Erhebung ist zu mindestens bei einer KZT, die auch schon auch nach 10 Sitzungen beendet sein kann, nicht zielführend. Hier sollte das Indikatorenset 3 (Erfassung und Besprechung des Therapieverlaufes) entfallen oder deutlich reduziert werden.

- **Verbesserung der Qualität der ambulanten Psychotherapie**

Das IQTIG hat hier Qualitätsindikatoren herausgearbeitet, die jede Psychotherapie begleiten und die gemeinsam mit den Patienten*innen und im fachlichen Austausch in der Intervention oder Supervision auch heute regelhaft zur Qualitätssicherung und der kontinuierlichen Verbesserung des Verlaufs einer Psychotherapie genutzt werden, entsprechend dem Qualitätsverständnis der Profession. Ein Mehrwert dieses neuen QS Verfahrens liegt in kontinuierlichen Rückmeldungen, *„An die Leistungserbringer sollten jedoch im Sinne eines kontinuierlichen Benchmarkings jährlich Rückmeldeberichte versandt werden, die sich auf einen gleitenden 2-Jahres-Zeitraum beziehen. Eine Bewertung mit Feststellung einer statistischen Auffälligkeit und eine anschließende Prüfung auf das Vorliegen einer qualitativen Auffälligkeit durch die Expertengremien auf Landesebene erfolgen aber nur alle zwei Jahre, sodass sichergestellt wird, dass keine QS-Fälle wiederholt bewertet werden.“(Vorbericht S. 15, Abs. 2)*

Diesen Zwei-Jahres Beobachtungszeitraum hat das IQTIG eingeführt, um den kleinen Fallzahlen der psychotherapeutischen Praxen gerecht zu werden. Hier fällt die Datenbasis für eine Rückmeldung an die Praxis (kontinuierliches Benchmarking) und die Rückmeldung einer qualitativen Auffälligkeit (alle zwei Jahre) auseinander. Der Feedbackprozess wird damit um Jahre verlängert und eine verlässliche und orientierende Rückmeldung ist nicht gewährleistet.

Ein unmittelbarer Qualitätszuwachs für die aktuelle Behandlung ist leider über diese Umsetzung der hier erarbeiteten Qualitätssicherung nicht gegeben, sondern kann nur weiterhin durch die bestehenden Qualitätselemente der Intervention und Supervision gewährleistet werden.

vertraulich

Berlin, den 30.04.2021

Mechthild Lahme, Psychologische Psychotherapeutin

Stellungnahme

zum Vorbericht
„Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“
des IQTIG vom 22.3.2021

Beatrice Piechotta
Düsseldorf
Mitglied des Expertengremiums
Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin
Fachärztin für Psychiatrie
Psychoanalyse, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
[redacted]

30.4.2021

vertraulich

Inhalt

1. Indikatoren und Dokumentationsvorgaben (Indikatorenset 1.0)
2. Vorgaben des G-BA
   2.1. Sind die Indikatoren geeignet, die Prozess- und Ergebnis-Qualität zu messen und darzustellen?
   2.2. Sind die Indikatoren verfahrens-unabhängig?
   2.3. Greifen die Indikatoren und das QS-Verfahren in den Behandlungsprozess ein?
   2.4. Sind die Indikatoren und das QS-Verfahren geeignet, die Qualität zu fördern?
   2.5. Auswertungskonzept
3. Zusammenfassung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das IQTIG beauftragt, ein Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) zu entwickeln, mit der Zielsetzung

- Messen der Qualität (Prozess- und wenn sachgerecht möglich Ergebnisqualität)
- Vergleichende Darstellung der Qualität
- Fördern der Qualität

und dafür Instrumente und Indikatoren zu entwickeln, auf der Grundlage eines Qualitätsmodells.

Der Vorbericht des IQTIG beschreibt ein Set von **9 QS-Indikatoren** für psychotherapeutische Praxen, sowie deren Entwicklung. Die daraus resultierende QS-Dokumentation besteht aus 66 QS-bezogenen Fragen bzw. Datenfeldern zu den Indikatoren (Vorbericht Anhang B.7), die fallbezogen für jede Behandlung zu beantworten sind.
Das ist jedoch – entgegen dem Titel – nicht das ganze QS-Verfahren, sondern nur der Teil, der von der Psychotherapeutin zu dokumentieren ist. Ein zweiter Teil wird mittels Patientenbefragung erhoben, und ist noch nicht bekannt. Die **Patientenbefragung** soll sich auf **13 Indikatoren** beziehen (s. Indikatorenset 1.0, S. 10), laut Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell sollen folgende Qualitätsaspekte vor allem oder ausschließlich über die Patientenbefragung abgebildet werden (S. 79 f.):

Information und Aufklärung zu Therapieverfahren und Behandlungsoptionen
Information zu den Rahmenbedingungen
Information und Aufklärung zur Diagnose
Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie
Gemeinsame Behandlungsplanung
Kommunikation und Interaktion in der psychotherapeutischen Versorgung
Outcome

Da beide Teile ineinandergreifen und ein Gesamt-Indikatorenset bilden, ist es problematisch für die Beurteilung, dass ein Teil nicht bekannt ist.

vertraulich

1. Indikatoren und Dokumentationsvorgaben (Indikatorenset 1.0)

Zu 1.1. Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen

Indikatorenset 1.0 Qualitätsziel: „... *umfassende Klärung der Problematik ..., um zum einen Diagnosen stellen zu können, ... um Therapieziele und das weitere Vorgehen abzuschätzen*“ (S. 11)
Die in Datenfeld (DF) 14xx12 bis 14xx23 aufgeführten Punkte sind behandlungsrelevante Dimensionen, aber eine „*umfassende Klärung der Problematik*“ beschränkt sich nicht auf ein Erfassen von Informationen und Abklären einzelner Fragen. Hier entsteht ein reduziertes Bild von psychotherapeutischer Arbeit und Qualität. Die umfassende Diagnostik besteht darin, die gesammelten Informationen mit eigenen Beobachtungen und Befunden in Verbindung zu bringen, zu verarbeiten (interpretieren, gewichten, Zusammenhänge herstellen) und innerhalb eines verfahrensspezifischen Krankheits- und Behandlungsverständnisses einzuordnen.
Bei der psychodynamischen Diagnostik wird aus den genannten und weiteren Informationen (szenische Informationen über unbewusste Beziehungsdynamik, Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen) ein verfahrensspezifischer Psychischer Befund erarbeitet (Ich-Funktionen, Abwehrmechanismen, strukturelle Merkmale, prognostische Kriterien, usw.), und Hypothesen zur unbewussten Psychodynamik entwickelt. Ohne diesen Teil der Arbeit man keine Diagnose stellen, keine Therapieziele formulieren und keine Behandlungsentscheidungen treffen.

Indikatorenset 1.0 Datenfeld 14xx24: *Wurde in der Anfangsphase der Behandlung eine verfahrens-spezifische Diagnostik durchgeführt?*) (S. 18)
Vorbericht: *„Die aufgeführten Dimensionen der Diagnostik werden vom Expertengremium als Minimalkonsens verstanden, auf dessen Grundlage die Leistungserbringer die Diagnostik ... verfahrens-spezifisch erweitern bzw. ergänzen sollten*.“ (S. 84)
Hier zeigt sich ein Missverständnis: Es geht nicht darum, die genannten Dimensionen zu ergänzen durch eine weitere Maßnahme „*Verfahrensspezifische Diagnostik*“, sondern: Das gesamte diagnostische Vorgehen ist verfahrens-spezifisch: Alle Informationen, die die Psychotherapeutin aufnimmt, erhalten ihre Bedeutung nur auf dem Hintergrund des verfahrens-spezifischen Theoriemodells und Krankheitsverständnisses.

Der Begriff „*Psychische Komorbiditäten*“ entspricht nicht dem psychodynamischen Verständnis von seelischen Erkrankungen. Patienten haben aus dieser Sicht nicht z.B. eine Panikstörung, und daneben weitere eigenständige Krankheitsbilder wie eine Depression, eine Somatisierungsstörung und eine Persönlichkeitsstörung, sondern alle Beschwerden sind Ausdruck der zugrundeliegenden unbewussten Konflikte/Strukturdefizite, die zusammen ein Gesamt-Krankheitsbild ergeben.

Fazit
Der Indikator bildet nur einen Teilbereich des Diagnostik-Prozesses ab, die wesentliche Qualität psychotherapeutischer Arbeit – der eigentliche „*Schlüsselprozess*“ (Vorbericht S. 140) fehlt. Darauf muss hingewiesen werden!

Vorschlag:
- Datenfeld 14xx24 (Verfahrensspezifische Diagnostik) weglassen
- Den Minimalkonsens der verschiedenen Verfahren – auch im Expertengremium – lautet aus meiner Sicht: Die behandlungsrelevanten Dimensionen 14xx12 bis 14xx23 sind für alle Verfahren gleichermaßen relevant. Diese und weitere Basis-Informationen werden im Rahmen des jeweils verfahrens-spezifischen diagnostischen Vorgehens erhoben, und verfahrens-spezifisch weiter verarbeitet zu einer Fallkonzeption.

vertraulich

Zu 1.2. Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten

Indikatorenset 1.0 Rationale: „*Eine umfassende Diagnostik ..., die durch den Einsatz quantitativer Messverfahren ergänzt wird, ist Voraussetzung für eine Behandlungsplanung und das Formulieren von Behandlungszielen, ...*“ (S. 19)
Die Ergänzung der Diagnostik durch quantitative Messverfahren ist <u>nicht</u> Voraussetzung für die Behandlungsplanung und für das Formulieren von Behandlungszielen.
Dass nur 15 % der Psychotherapeuten Testverfahren abrechnen, und nur 7 % während der Probatorik, zeigt nicht notwendig – wie das IQTIG unterstellt – dass hier ein Qualitätsdefizit vorliegt. Es kann auch so interpretiert werden, dass 85 bzw. 93 % der Psychotherapeuten – also auch der überwiegende Teil der Verhaltenstherapeuten – Testverfahren nicht für ausreichend nützlich halten, um im Praxisalltag diesen zusätzlichen Aufwand zu betreiben und ihren Patienten zuzumuten.

Bei den psychodynamischen Verfahren besteht das diagnostische Vorgehen im Wesentlichen in einer unstrukturierten Erstinterview-Technik, Szenischem Verstehen, Analyse von Übertragung/Gegenübertragung und Einordnen der Sach-Informationen in diesen Zusammenhang.

Testverfahren haben im Rahmen der psychodynamischen Verfahren nur begrenzten Nutzen, und sie können kontraindiziert sein.
In der Psychotherapie wird die Indikation für jede Intervention, verbale, nicht-verbale, und auch technische wie Testverfahren von der Psychotherapeutin gestellt und verantwortet. Für psychologische Untersuchungsmethoden, z.B. Testverfahren, gilt Vergleichbares, wie für somatische Untersuchungen und Eingriffe: Auch hier können Grenzen verletzt werden, wenn Psychotherapeutin und Patientin verpflichtet werden, Verfahren anzuwenden bzw. sich ihnen zu unterziehen, die sie nicht als sinnvoll ansehen.
Es kommt hinzu, dass der Einsatz von Testverfahren Wissen über Testtheorie und die eingesetzten Testverfahren erfordert (was die Auswertungsergebnisse aussagen, wie man sie interpretiert, usw.). Dieses Wissen erwerben Psychologen in einer mehrjährigen methodischen Ausbildung, während es im Medizinstudium nur am Rande gestreift wird. Ich halte es für fragwürdig, Instrumente einzusetzen und ihnen eine scheinbare Objektivität zuzuschreiben, für die die Anwender nicht ausgebildet sind. Man würde auch nicht EKGs von Psychologen mit Hilfe einer Schablone auswerten lassen.
Siehe dazu auch die Erfahrungen in einem Projekt von Psychoanalytikern zum Einsatz von Testverfahren für QS: https://qs-psychotherapie.de/wp-content/uploads/8.-QNAP-Evaluation.pdf

Strukturierte Interviews können die verfahrens-spezifische, unstrukturierte Gesprächstechnik der psychodynamischen Verfahren nicht ersetzen, man bräuchte also zusätzliche Sitzungen dafür, ohne dass es einen wesentlichen Zusatznutzen bringen würde.

Um den Einsatz von standardisierten, quantifizierenden Messverfahren verpflichtend einzuführen – was ein Eingriff in den Behandlungsprozess bei 85 % der Psychotherapeutinnen wäre – müsste nachgewiesen sein, dass dieser Eingriff dazu beiträgt, die Therapieergebnisse zu verbessern.

- Die vom IQTIG angeführten Studien (Beard et al. 2019, Schawohl et al. 2018) sagen nichts zu dieser Fragestellung aus, sondern untersuchen den Einsatz von Testverfahren für prognostische Aspekte. (s. auch S. 12 meiner Stellungnahme)
- Auch die zitierten Leitlinien sind kein Nachweis zu dieser Fragestellung. Sie beziehen sich auf psychiatrische und/oder störungsspezifische Behandlungen, und sind vom Empfehlungsgrad her nur Expertenmeinungen.
- Es gibt eine große Studie aus der deutschen Versorgung, die sich diese Frage gestellt hat: Wittmann et al. (2011) zum Modellprojekt der Techniker-Krankenkasse „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/TK-Abschlussbericht_Qualitaetsmonitoring-in-der-ambulanten-Psychotherapie.pdf
  Das IQTIG hat im Zwischenbericht zu Qualitätsmodell ein Nebenergebnis dieser Studie zitiert: durch Testverfahren wird die Diagnostik zum Teil ausführlicher. Das Hauptergebnis wurde nicht aufgegriffen, nämlich dass die Therapieergebnisse mit Testverfahren und systematischem Feedback nicht besser waren und länger dauerten, als mit Gutachterverfahren. – Im Vorbericht wird diese Studie gar nicht mehr erwähnt. Hier entsteht der Eindruck einer selektiven Wahl von Studien, die zu den gewünschten Maßnahmen passen.

Fazit
Der Indikator greift verändernd in die psychotherapeutische Arbeit ein, ohne dass ein Nutzen nachgewiesen wäre. Er ist nicht verfahrens-unabhängig, er entspricht nicht dem diagnostischen Prozess der psychodynamischen Verfahren.
Die Verpflichtung, etwas zu machen, was Patienten, Psychotherapeuten und der Behandlung nichts nützt, widerspricht den Qualitätsdimensionen der **Patientenorientierung** und **Angemessenheit der Versorgung** (nicht indizierter Eingriff), und der **Wirtschaftlichkeit** (unnötige Kosten).

vertraulich

Zu 2.1. Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen

Der Indikator ist so formuliert, dass er eine verfahrens-spezifische Ausgestaltung ermöglicht, wie auch bisher im Gutachterverfahren.
Psychodynamisch tätige Psychotherapeuten formulieren einerseits Ziele auf einer fachlichen Meta-Ebene, die nicht mit dem Patienten besprochen werden, weil es Unbewusstes betrifft (Bearbeitung von unbewussten Konflikten, Auflösung von pathologischen Abwehrmechanismen, Weiterentwicklung von Strukturdefiziten, usw.). – Auf der bewussten Ebene formulierbare Ziele werden mit den Patienten auch bisher schon besprochen, und im Verlauf auch immer wieder reflektiert und modifiziert.
Allerdings sind Therapieziele nur ein Teil der **Behandlungsplanung**, d.h. auch an dieser Stelle fehlt ein wesentlicher Teil der Qualität psychotherapeutischer Arbeit.
Es befremdet, dass die Beurteilung der Behandlungsplanung nur in der Patientenbefragung angesiedelt ist. Zumindest bei den psychodynamischen Verfahren ist es den Patienten nicht möglich, zu beurteilen, ob ihr Psychotherapeut einen adäquaten Behandlungsplan bezüglich der unbewussten Problematik und Psychodynamik entwickelt hat, und es würde die Behandlung beeinträchtigen, wenn bereits zu Beginn der Behandlung psychodynamische Hypothesen über Unbewusstes besprochen würden, die während der Therapie erst gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet und ggf. modifiziert werden.

Fazit
Der Indikator ist in dieser Form verfahrens-unabhängig. Er erfasst jedoch nur einen Teilbereich des Schlüsselprozesses Behandlungsplanung. Das sollte auch so benannt werden.

Vertraulich

Zu 3.1. Reflexion des Therapieverlaufs

Das IQTIG erklärt an verschiedenen Stellen, warum es aus diesem und anderen Indikatoren die Formulierung „gemeinsam mit dem Patienten“ gestrichen hat: das „Gemeinsame“ wird nur in der Patientenbefragung erfragt, mit der Begründung: es solle keine Doppelerhebung stattfinden, ob Partizipation gelungen sei, könne nur die Patientin beurteilen. Damit entstehen Indikatoren, deren Formulierung (Erfolgte eine Überprüfung? Wurden die Ziele angepasst?) ein Bild von psychotherapeutischer Tätigkeit erzeugt, das eher einem Ingenieur entspricht, der technische Funktionen überprüft und neu einstellt.
Reflexion des Therapieverlaufs <u>gemeinsam mit der Patientin</u>: Dabei geht es genau um das Feedback vom Patienten, das entsprechend dem nächsten Indikator per Testverfahren eingeholt werden soll – allerdings im direkten, persönlichen Austausch, nicht mittels eines unpersönlichen technischen Hilfsmittels. Das Feedback der Patientin verarbeitet die Psychotherapeutin für sich dann noch weiter.

Indikatorset 1.0 Anmerkungen: „*Die behandlungsrelevanten Dimensionen entprechen denen, die in QI 43xx14 abgefragt werden*.“ (S. 29) Es sollte klargestellt werden, dass damit nicht alle 13 Items aus dem Indikator 1.1. gemeint sind, sondern die Dimensionen, die Therapeutin und Patientin für relevant erachten.

Fazit
Der Indikator kann verfahrens-unabhängig umgesetzt werden, er erfasst jedoch nur einen Teilbereich des Schlüsselprozesses Reflexion des Therapieverlaufs <u>gemeinsam mit der Patientin</u>. (s. auch S. 10 f. meiner Stellungnahme)

Zu 3.2. Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf

Hier gilt das Gleiche wie in 1.2.: Solange nicht erwiesen ist, dass durch Testverfahren und strukturierte Interviews die Therapieergebnisse verbessert werden, dürfen sie nicht verpflichtend sein.

Die hier als wissenschaftlicher Nachweis angeführte Metaanalyse von Lambert et al. (2018) bezieht sich auf Behandlungen in Klinik, Klinikambulanz, Reha und Studentenberatung, also extrem kurze Therapien. Da mögen die untersuchten Feedbacksysteme vielleicht nützlich sein als Unterstützung, nichts zu übersehen, das lässt sich nicht auf die ambulante Psychotherapie übertragen. Ob auch psychodynamische Therapien untersucht wurden, geht aus dem Text nicht hervor. Abgesehen davon benennen die Autoren der Metaanalyse gravierende Limitationen der Aussagekraft der in die Metaanalyse eingeschlossenen Studien.
Auch an dieser Stelle fehlt der Bezug zum TK-Modellprojekt, das den Einsatz von Testverfahren/Feedback (Beginn und Verlauf) in der ambulanten Psychotherapie untersucht hat, mit dem Ergebnis: mit Testbatterie und Feedback werden Therapieergebnisse nicht besser, als mit Gutachterverfahren (Wittmann et al. 2011).

Strukturierte Interviews im Verlauf: Für die psychodynamischen Verfahren wäre es ein Bruch des therapeutischen Vorgehens und ein Eingriff in die therapeutische Beziehung, mitten im Therapieprozess ein Strukturiertes Interview durchzuführen, ohne erkennbaren Nutzen.

Fazit: wie bei 1.2.

Zu 4.1. Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten

Gerade bei schwer psychisch und/oder körperlich kranken Patienten ist Austausch und Kooperation mit anderen Behandlern sinnvoll und notwendig. In manchen Fällen ist diese Kooperation aufwendig und komplex (Abklärung von Diagnosen, medikamentöser Behandlung, geeigneten Begleitbehandlungen, ambulanten Reha-Maßnahmen, Stellungnahmen zu beruflichen und sonstigen Fragestellungen, usw.).
In vielen Fällen gibt es aber auch andere Behandler, mit denen keine Kooperation nötig ist. Das kann im Fragebogen nicht deutlich gemacht werden. Man kann zwar angeben, dass kein Mitbehandler existiert, oder „Patientin lehnt ab“, aber die Vorgaben suggerieren, dass bei Psychotherapie-Patienten immer der Bedarf besteht, mit einschlägigen Mitbehandlern zu kommunizieren.

Auch hier fehlt der Aspekt, dass ein Austausch mit Dritten immer mit dem Patienten gemeinsam abgeklärt wird, in der psychodynamischen Therapie v.a. auch hinsichtlich der unbewussten Bedeutungen und möglichen Auswirkungen einer solchen Intervention.

Fazit
Der Indikator kann verfahrens-unabhängig umgesetzt werden. Er sollte um ein Datenfeld „nicht indiziert“ ergänzt werden.

vertraulich

Zu 5.1. Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich Einleitung der Abschlussphase der Therapie
und
zu 5.2. Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/ oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses

Bei den Indikatoren des Qualitätsaspektes „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“ fehlt Wesentliches bezüglich der *„gezielten Vorbereitung auf das Therapieende“* (Indikatorenset 1.0 Anmerkungen S. 42):.
Natürlich muss man darüber sprechen, ob Ziele erreicht sind oder sich verändert haben, was sich gebessert hat und was nicht, was sich ggf. neu entwickelt hat.
Im psychodynamischen Krankheitsverständnis dient die Abschlussphase jedoch auch dazu, die Ablösung aus der Behandlungsbeziehung und ihre unbewussten Bedeutungen zu bearbeiten: Was bedeuten Ende der Therapie und Abschied für die Patientin? Welche unbewussten Konflikte und Übertragungen werden dadurch aktualisiert? Dazu gehört auch, anzuerkennen und die Enttäuschung zu verarbeiten, dass manche Therapieziele nicht erreicht werden konnten, die eigene Begrenztheit und die der Therapeutin sowie der therapeutischen Möglichkeiten zu akzeptieren. Ziel ist es, pathogene unbewusste Konflikte um Trennung, Verlust und Begrenztheit so weit wie möglich in der Abschlussphase durchzuarbeiten, um das Behandlungsergebnis dadurch innerhalb der Therapie abzusichern, statt diese Aufgabe an Folge-Maßnahmen auszulagern. Wenn das nicht ausreichend geschieht, können unverarbeitete Themen dazu führen, den Therapieerfolg wieder zunichte zu machen. Die eigentliche „Rezidivprophylaxe“ und Absicherung des Behandlungsergebnisses findet also innerhalb der Psychotherapie statt.

Vorbericht Anmerkungen: *„Die Abschlussphase ... ist charakterisiert durch das Erreichen eines ausreichenden Behandlungsziels ...“* (S. 42)
Im Verlauf einer Psychotherapie kann sich auch herausstellen, dass keine Behandlungsziele erreicht werden können, oder dass bestimmte behandlungsrelevante Dimensionen eine weitere Zusammenarbeit nicht sinnvoll erscheinen lassen, so dass die Behandlung beendet wird. Das ist u.U. nicht *„einvernehmlich“*, und trotzdem kein *„Abbruch“* (s. DF 73), denn es kann beinhalten, dass dieser Konflikt noch gemeinsam bearbeitet wird. Das müsste noch genauer definiert werden.

Vorbericht Anmerkungen: *„... Beginn der Abschlussphase und Therapieende werden durch den Psychotherapeuten / die Psychotherapeutin gemeinsam mit dem Patienten / der Patientin festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert*.“ (S. 42)
„Gemeinsam festgelegt und dokumentiert“: Das wird man dann nur aus QS-Gründen machen, normalerweise ist es unüblich und künstlich, Beginn der Abschlussphase (oder Ende der Anfangsphase) in dieser Weise festzulegen. Die Psychotherapeutin könnte für sich nachträglich ein Datum für *„Beginn der Abschlussphase“* eintragen – weil sie da Themen im Zusammenhang mit dem Ende angesprochen hat. Aber ich sehe keinen therapeutischen Sinn darin, mit der Patientin gemeinsam festzulegen: Jetzt beginnt die Abschlussphase, oder: Jetzt endet die Anfangsphase.
Auch ein *„Festlegen“* des Therapieendes ist oft künstlich, und es ist ein Eingriff in die Therapie, das zu fordern. Patienten sind häufig ambivalent bezüglich des Endes. Es macht aus therapeutischer Sicht auch keinen Sinn, sie zu zwingen, sich festzulegen. Damit provoziert man z.B. Reaktanz, die das bisherige Behandlungsergebnis in Frage stellen oder zunichte machen kann. Wichtiger ist es, dass man diese Ambivalenz zulässt und bearbeitet. Manche Patienten haben aufgrund ihrer spezifischen Problematik so große Schwierigkeiten mit Abhängigkeit und Trennung, dass eine „geordnete“ Abschlussphase, wie sie hier konzipiert ist, nicht möglich ist. Nicht wenige Patienten führen die Therapie nach Ende des Kassen-Kontingentes weiter, z.B. niederfrequent über die Gesprächsziffern, oder auch in höherer Frequenz als Selbstzahler.

vertraulich

Der Indikator legt den Schwerpunkt auf eher organisatorische Aspekte, die sehr detailliert ausdifferenziert wurden (Haus-/Facharzt, nicht ärztliche Behandelnde (was ist damit gemeint?), sozialpsychiatrische Institution, (teil-)stationär). Worin besteht der Informationsgehalt, wenn man weiß, dass die Psychotherapeutin diese Möglichkeiten geprüft hat – zumal viele Patientinnen nichts davon brauchen?
Ein Thema fehlt, das den meisten Patienten am Ende einer Psychotherapie wichtigr ist: Ob und unter welchen Bedingungen sie sich wieder an ihre Psychotherapeutin wenden können, und unter welchen Bedingungen nochmalige Psychotherapie möglich und sinnvoll ist (z.B. anderes Verfahren oder Setting). Gerade auch, weil hier häufig die Falschinformation verbreitet wird, erneute Psychotherapie sei erst nach einer Pause von 2 Jahren wieder möglich, ist das ein wichtiger Bestandteil des Gesprächs über die Zeit nach Ende der Behandlung und die Absicherung des Therapieerfolgs.

Fazit
Der Indikator ist in mancher Hinsicht unnötig differenziert, andererseits fehlen wichtige inhaltliche Aspekte.
Der Indikator wird bei einer Reihe von Patienten – gerade auch bei schwer kranken Patienten – schwer oder gar nicht zu erfüllen sein, man müsste Dinge festlegen, die man im Sinne der Patientenorientierung und des Therapieerfolgs gerade nicht festlegen sollte. Wenn diese Festlegungen für das QS-Verfahren benötigt werden, sollte in der Indikatorenbeschreibung deutlich gemacht werden, dass sie künstlich bzw. vorläufig sind, z.B. dass die Psychotherapie möglicherweise (in veränderter Form) weitergeführt wird.
In DF 73 „*Grund der Beendigung dieser Richtlinien*(psycho)*therapie*“ (S. 49) sollte dementsprechend ergänzt werden: Stundenkontingent erschöpft, Psychotherapie wird auf andere Weise weitergeführt (z.B. mittels Gesprächsziffern).

Vertraulich

Zu 6.1. Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie

Es ist gut, wenn Psychotherapeuten am Ende einer Therapie systematisch abklären (gemeinsam mit den Patienten), wie das Ergebnis ausfällt, hinsichtlich der Dimensionen, die ihnen jeweils für die Therapie wichtig sind, sowohl patienten-individuell als auch verfahrens-spezifisch, und das für sich dokumentieren. Daraus können sie für ihre weitere Behandlungstätigkeit wertvolle Erkenntnisse gewinnen, gerade auch, wenn sich ihre Einschätzung von der des Patienten unterscheidet.

Das Wesentliche bei diesem Indikator ist, dass das IQTIG zu dem Schluss gekommen ist, nur zu erfassen, ob die Psychotherapeutin das Behandlungsergebnis überprüft hat, aber nicht das Ergebnis dieser Überprüfung abzufragen, das dann zur Beurteilung der Qualität des Psychotherapeuten und zu Einrichtungsvergleichen herangezogen würde. Dass man durch eine solche Erhebung keine sinnvoll verwertbaren Daten bekommen würde, begründet das IQTIG ausführlich im Vorbericht.
Eine Formulierung fällt dabei auf: *„... sondern zunächst der Prozess der Ergebniserfassung als Standard in der Versorgung etabliert werden soll.“* (Vorbericht S. 117) Das klingt, als sollte es dabei nicht stehen bleiben, sondern die Psychotherapeuten erst einmal daran gewöhnt werden, das Ergebnis zu erfassen, und dann kommt der nächste Schritt?

An dieser Stelle erweist es sich als besonders problematisch, dass die andere Hälfte des QS-Verfahrens – die **Patientenbefragung** – nicht bekannt ist. Im Zwischenbericht zum Qualitätsmodell (S. 77) steht dazu: *„Ebenso muss in der weiteren Entwicklungsarbeit geprüft werden, inwieweit insbesondere auch in Hinblick auf die umfassenden Anforderungen an eine Risikoadjustierung die*

Erfassung patientenrelevanter Outcomes der ambulanten Psychotherapie geeignet sind, gute von schlechter Qualität zu unterscheiden, um einen Leistungserbringervergleich zu ermöglichen."
Das IQTIG hat einige Ergebnis-Dimensionen in die Patientenbefragung übernommen (s. Vorbericht S. 110): Teilhabe, Lebensqualität, Selbstmanagement/Coping, Selbstwirksamkeit.
Es ist schwer vorstellbar, dass Fragen an die Patienten nach dem gleichen Prinzip abgefasst sind, wie in der Psychotherapeuten-Dokumentation, dass also der Patient nur gefragt wird, ob die Psychotherapeutin Lebensqualität, Teilhabe usw. überprüft hat. Ich halte es für wahrscheinlicher, dass im Patientenfragebogen ganz direkt gefragt wird: Hat sich Ihre Lebensqualität gebessert?
Das hieße, dass über die Patientenbefragung eben doch eine direkte Erhebung von Behandlungsergebnissen stattfinden würde, die in die Beurteilung der Qualität der Psychotherapeuten eingeht, obwohl das IQTIG begründet hat, warum das nicht sinnvoll ist?

Fazit
Die im Vorbericht beschriebene Lösung ist verfahrens-unabhängig und greift nicht in die Behandlung ein. Aber gerade dieser Indikator lässt sich erst beurteilen, wenn der andere Teil – die Patientenbefragung – bekannt ist.

vertraulich

2. Vorgaben des G-BA

2.1. Sind die Indikatoren geeignet, die Prozess- und Ergebnis-Qualität zu messen und darzustellen?

Prozess-Indikatoren müssen sich an der Frage messen lassen: Haben sie Einfluss auf das Therapieergebnis, trägt das, was sie messen, zu guten Behandlungsergebnissen oder zur Vermeidung von schlechten Ergebnissen bei? Faktoren, die keine Auswirkungen auf das Therapieergebnis haben, sollten nicht Gegenstand von aufwendiger QS-Datenerhebung sein.

Die Feststellung des IQTIG, dass es zu vielen Fragen keine Studien gibt, trifft zu, das war eine große Herausforderung für die Indikatorenentwicklung. Die Psychotherapieforschung liefert aber Befunde und Anhaltspunkte dafür, welche Faktoren in welchem Ausmaß sich auf das Therapieergebnis auswirken. Das IQTIG hat dazu eine umfangreiche Recherche durchgeführt.
Ausgangspunkt für die Entwicklung der Indikatoren war jedoch nicht die Frage: Was sagt die Forschung, welche hauptsächlichen Faktoren im Behandlungsprozess positiven oder negativen Einfluss auf Therapie und Behandlungsergebnis haben? – um daraus Indikatoren zu entwickeln, die sich auf nachweislich ergebnis-relevante Bereiche der Prozessqualität beziehen, wie z.B. therapeutische Allianz, Umgang mit Allianzbrüchen, Aktivierung von (insbesondere negativen/ schmerzlichen) Affekten, Ressourcenorientierung, usw. Sondern sie orientiert sich an einer Art Stoffsammlung „*entlang des Versorgungspfads*" (Vorbericht S.36): Welche Bestandteile gibt es im Verlauf einer Therapie: Diagnostik, Beginn der Therapie, Verlauf, Therapieende – und was könnte da jeweils wichtig für die Qualität sein?

Bei diesem Vorgehen werden wesentliche Prozesse nicht oder nur in Teilaspekten berücksichtigt:
- Die eigentliche psychotherapeutischen Arbeit, in der das reine Sammeln von Informationen, Abklären und Überprüfen nur ein Teilbereich ist, kommt im QS-Verfahren nicht vor, wie ich bei den Indikatoren beschrieben habe.

- (Differentielle) Indikationsstellung
- Fallkonzeptualisierung und Erarbeiten eines Behandlungsplans, unter Berücksichtigung von Risikofaktoren, prognostischen Kriterien und Ressourcen
- Umsetzen des Behandlungsplans, kontinuierliches (nicht einmaliges) Überprüfen und Anpassen des therapeutischen Vorgehens (z.B. Interventionsstrategie, Fokus, Beachtung von Verschlechterungen und Krisen) im Verlauf, anhand der verbalen und nonverbalen Rückmeldungen des Patienten (adaptive Indikation)
- Gestaltung und ständige Reflexion der therapeutischen Beziehung und Beziehungsdynamik (z.B. Empathie überprüfen, Umgang mit Allianzbrüchen, usw.)

Wesentliche psychotherapeutische Instrumente dafür sind:

- Gemeinsame Reflexion mit der Patientin
- Gemeinsame Reflexion mit Kolleginnen (Peer-Review): Supervision, Intervision

Die Argumente, mit dem der Qualitätsaspekt „**Indikation**“ aus dem Qualitätsmodell ausgeschlossen wurde, erscheinen mir willkürlich und nicht stichhaltig (s. Zwischenbericht zum Qualitätsmodell S. 57). Ein möglicher Problembereich aus der Kenntnis der Versorgungssituation wäre z.B.: Was ist mit Psychotherapeutinnen, die nur KZT durchführen? Wurde die Indikation jeweils sorgfältig genug geprüft?
Das Thema **Therapeutische Beziehung** wurde von vornherein nicht in das Qualitätsmodell aufgenommen, obwohl seine zentrale Bedeutung für das Therapieergebnis im Zwischenbericht (S. 58 ff.) ausführlich beschrieben wird. Indirekt wird die therapeutische Beziehung jedoch in der Patientenbefragung thematisiert und von den Patienten beurteilt, wenn dort nach Kommunikation, Interaktion und gemeinsamer Behandlungsplanung gefragt wird.

Gemeinsame Reflexion mit der Patientin als ein zentrales Arbeitsmittel von Psychotherapeuten soll nur über die Patientenbefragung erfasst werden. Die Begründung – keine Doppelerhebung, und: ob Kommunikation/Partizipation gelungen ist, kann nur der Patient beurteilen – beruht auf einem Missverständnis:
Bei somatischen Behandlungen ist Kommunikation und Partizipation zwar ein wesentlicher Bereich, der sich auch auf das Therapieergebnis auswirkt, er unterscheidet sich aber von der eigentlichen Behandlung (Operation, Röntgen, Medikament verordnen, usw.). Patienten können beurteilen, ob die Anamnese einfühlsam erhoben wurde, oder ob der Behandlungsplan für Laien verständlich erklärt wurde. Doch niemand käme auf die Idee, Patienten unter dem Stichwort Kommunikation/Partizipation die Angemessenheit oder korrekte Durchführung einer Operationstechnik oder Untersuchungsmethode beurteilen zu lassen. – Für die Psychotherapie macht das IQTIG in diesem Bereich keine ausreichende Abgrenzung. Die Qualität zentraler Bestandteile der fachlichen Arbeit soll durch die Patienten beurteilt werden. Das bedeutet eine Deprofessionalisierung der Psychotherapie und der psychotherapeutischen Fachkompetenz.

Zitate aus den Fokusgruppen, die das IQTIG an vielen Stellen anführt, veranschaulichen dieses Missverständnis. Beispielsweise kritisieren Patientinnen in den Fokusgruppen, Psychotherapeutinnen würden unnötig nach Informationen zur Biografie („*Kindheit*“) fragen: *„aber deswegen bin ich gar nicht da“, „es ist vielleicht zur Erstdiagnose nicht verkehrt, aber wenn man selbstreflektierend ist, kann man das schon selbst bestimmen“, „ich bin der beste Arzt für mich selber“*. Das IQTIG interpretiert die Aussagen so, dass den Patientinnen zu wenig Autonomie zugesprochen werde, die Diagnostik nicht individuell genug sei. – Man könnte solche Aussagen von Patientinnen auch anders verstehen, z.B. als Ausdruck von Ärger über die Mühsal, auf der Suche nach einer passenden Psychotherapie mit mehreren Psychotherapeutinnen sprechen und jedes Mal zunächst über das Gleiche sprechen zu müssen; eventuell auch als Widerstand, sich mit belastenden Themen zu beschäftigen, oder als beginnende Inszenierung eines Machtkampfes, der

vertraulich

in der Biografie dieser Patientin wurzelt und zu genau den Problemen führt, deretwegen sie nun Psychotherapie machen will. – Wenn das IQTIG daraus schließt, hier gebe es einen Qualitätsmangel und Verbesserungspotential in der Versorgung, werden die subjektiven Äußerungen der Patienten (ohne ihren Kontext zu kennen) 1. wie objektiv festgestellte Tatsachen behandelt, und 2. als könnten die Patienten entscheiden, dass eine gute Diagnostik auch ohne Informationen zur Biographie möglich ist. (s. vor allem Zwischenbericht zum Qualitätsmodell)

Für die Patientenbefragung wird also interessant sein, ob die subjektiven, möglicherweise krankheitsbedingt verzerrten Wahrnehmungen und Äußerungen der Patienten wie objektive Aussagen über die Qualität ihrer Psychotherapeuten gewertet werden. Die TK-Studie (Wittmann et a. 2011) zeigt auch: Die subjektive Zufriedenheit der Patienten mit einer Maßnahme (Testverfahren) ist nicht gleichbedeutend damit, dass dadurch objektiv bessere Therapieergebnisse erzielt würden.

Bei der **gemeinsamen Reflexion mit Kolleginnen** in **Supervision** oder **Intervision** (Peer-Review) geht es darum, die oben aufgeführten Bereiche im Verlauf der Behandlung zu überprüfen, Rückmeldungen zu Wahrnehmungslücken und Anregungen zum Umgang mit problematischen Situationen und Fehlern zu bekommen, um sie direkt für Verbesserungen der Behandlung zu nutzen. Um mit dem IQTIG zu sprechen: das freiwillige, sanktionsfreie Reflektieren und Überprüfen der eigenen Arbeit mit Kolleginnen *„zielt unmittelbar auf die Wirksamkeit der Versorgung sowie die Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten und ist somit ein patientenrelevantes Ziel*“. (Indikatorenset 1.0 Rationale, z.B. S. 27)
Die Begriffe Supervision, Intervision und Peer-Review kommen im Zwischenbericht zum Qualitätsmodell und im Vorbericht nicht vor! Das aus Sicht der Psychotherapeuten zentrale Instrument für die Überprüfung und Verbesserung der Qualität ihrer Arbeit wird vom IQTIG nirgends erwähnt, geschweige denn diskutiert.
Ob durch Super-/Intervision Behandlungsergebnisse besser werden, ist ähnlich ungenügend nachgewiesen, wie die Behauptung, dass durch standardisierte Instrumente bei allen Verfahren und Settings bessere Behandlungsergebnisse erzielt würden. Aber zumindest ist Super-/Intervision ein Instrument, das verfahrens-übergreifend von der überwiegenden Mehrheit der Psychotherapeuten als qualitäts-sichernd und -verbessernd angesehen und auch tatsächlich angewendet wird, während Testverfahren offensichtlich nur von 15 % bzw. 7 % der Psychotherapeuten als nützlich beurteilt und eingesetzt werden.
Es ist unbekannt, warum das IQTIG sich mit diesem Instrument nicht auseinandergesetzt hat. In anderen QS-Verfahren gibt es Indikatoren, die mit der Einbeziehung von Super-/Intervision durchaus vergleichbar sind. Das QS-Verfahren „Schizophrenie“ enthält einrichtungsbezogene Indikatoren zum Umgang mit Suizidversuchen (Fallkonferenz) und mit indizierten Zwangsmaßnahmen (Arbeitsanweisung, Fortbildung). Super-/Intervision könnte fallbezogen erfragt werden, wie es bei den Indikatoren zu Testverfahren oder Kooperation der Fall ist, z.B.: In möglichst vielen Fällen soll im Therapieverlauf Super-/Intervision in Anspruch genommen werden.

Ergebnisqualität
Das IQTIG hat die Fragestellungen bezüglich Wirkfaktoren, Messen und Beurteilen des Behandlungsergebnisses ausführlich recherchiert und viele wichtige Aspekte differenziert beschrieben (Vorbericht S. 44 ff., S. 109 ff., Anhang A), einige wichtige Aspekte jedoch auch nicht:

- Die Belange der psychodynamischen Verfahren werden im Vergleich zur Verhaltenstherapie sehr knapp und nicht umfassend behandelt. Beispielsweise fehlt: Für analytische Psychotherapie verbessern sich laut Forschung die Ergebnisse nach dem Ende der Therapie noch weiter, d.h. der Zustand am Ende der Therapie ist noch nicht die entscheidende Größe zur Beurteilung

des Behandlungsergebnisses. Wirkliche Aussagekraft hat erst eine Katamnese nach einem längeren Zeitraum, z.B. von einem Jahr.

- Einflussfaktoren für das Behandlungsergebnis werden ebenfalls sehr kurz dargestellt, obwohl es hier um das für QS Entscheidende geht: **Was kann die Psychotherapeutin dazu beitragen, dass die Patientin ein möglichst gutes Ergebnis erreicht, und unerwünschte Ergebnisse verhindert werden?** Die dazu gefundene Literatur (s. Rechercheberichte im Vorbericht, Anhang A) greift das IQTIG bei der Indikatorentwicklung im Zusammenhang mit Outcome nicht mehr auf, sondern beschränkt sich hier auf die Beschreibung von Outcome-Prädiktoren (Vorbericht S. 114 f.), zieht allerdings daraus keine Konsequenz.
  Bei Outcome-Prädiktoren handelt es sich um Prognostische Kriterien, die bei Indikation und Behandlungsplanung berücksichtigt werden (s. Gutachterverfahren). Ergebnis-relevante Indikatoren, die in diesem Zusammenhang aus der Psychotherapieforschung abgeleitet würden, könnten z.B. beinhalten: Hat die Psychotherapeutin die wesentlichen prognostischen Faktoren abgeklärt und bei der Indikationsstellung, bei der Behandlungsplanung und bei der Reflexion im Verlauf berücksichtigt?
- Ein wesentlicher Forschungsbefund wird nicht diskutiert, nämlich dass ein beträchtlicher Anteil des Behandlungserfolgs nicht vom Psychotherapeuten abhängt.

2.2. Sind die Indikatoren verfahrens-unabhängig?

Wie bei den einzelnen Indikatoren dargestellt, sind zwei Indikatoren (1.2. und 3.2.) nicht verfahrens-unabhängig, sie machen den psychodynamischen Verfahren verfahrens-fremde Vorgaben. Andere Indikatoren können verfahrens-unabhängig umgesetzt werden.

Das IQTIG hat sich sehr dafür engagiert, die spezifischen Belange der Psychotherapie allgemein und auch der einzelnen Psychotherapieverfahren zu verstehen und zu berücksichtigen, und hat viele Beiträge der Expertinnen aufgenommen.
Im Gegensatz zu diesem Bestreben erstaunt das Vorgehen des IQTIG an einigen Stellen:

- Die **Leitlinien und Literatur**, die jeweils als Begründung angeführt werden, beziehen sich meist auf psychiatrische Behandlung, auf ein bestimmtes psychotherapeutisches Verfahren (VT) oder auf Ultrakurzpsychotherapie im Rahmen anderer Gesundheitssysteme. Die Aussagen der Leitlinien werden ohne Kennzeichnung der oft niedrigen Empfehlungsgrade (Expertenmeinung) häufig so wiedergegeben, als seien es Nachweise, die man 1:1 auf die ambulante Psychotherapie anwenden kann. Rein verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Forschungsergebnisse werden so verwendet, als seien die Aussagen verfahrens-unabhängig und für alle Verfahren gültig. Es ist verständlich, dass die Arbeit des IQTIG erschwert ist, weil es für vieles keine passenden Studien gibt, aber begrenzte Aussagekraft oder nicht vorhandene Übertragbarkeit müssten offen angesprochen werden, statt es so darzustellen, als seien diese Studien und Leitlinien für die ambulante Psychotherapie und für alle Verfahren gültig.
- Die Diskussion in den **Fokusgruppen** wird nicht nach Verfahren differenziert ausgewertet, in der Patientengruppe ist die VT überrepräsentiert, und die analytische Psychotherapie ist nur vereinzelt vertreten. Gleichzeitig werden die Aussagen nach dem Mehrheitsprinzip ausgewählt: *„Relevant waren vor allem solche Themen in den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die von allen Befragten ähnlich stark beschrieben bzw. beobachtet wurden und damit keine Einzelmeinung darstellten*“ (Zwischenbericht S. 32) Es könnte also sein, dass die Aussagen der Fokusgruppenteilnehmer, z.B. bezüglich Qualitätsdefiziten, sich überwiegend auf ein Verfahren beziehen, nicht auf alle, und dass Erfahrungen mit anderen Verfahren als „Einzelmeinung“ unter den Tisch fallen.

vertraulich

2.3. Greifen die Indikatoren und das QS-Verfahren in den Behandlungsprozess ein?

Wie bei den einzelnen Indikatoren dargestellt, greifen die Indikatoren an vielen Stellen in den Behandlungsprozess und in die therapeutische Beziehung ein, vor allem bei den psychodynamischen Verfahren.

Auch das Gesamtkonzept des QS-Verfahrens – die QS-Logik – greift in therapeutische Abläufe ein: Es verlangt Festlegungen und Eindeutigkeit, die in der Psychotherapie häufig nicht sachgerecht sind. Das führt dazu, dass man viele Tätigkeiten für QS anders wird durchführen müssen, als man es aus fachlichen Gründen tun würde (z.B. Diagnostik, definierte Phasen festlegen, Dokumentation). Kleine Veränderungen, von denen man einzelne noch integrieren könnte, machen sich in der Summe störend bemerkbar: Die Psychotherapeutin muss sich bei der Arbeit immer wieder mit einem fremden System auseinandersetzen, statt sich innerlich nur auf Patientin und therapeutischen Prozess einzustellen.
Durch das QS-Verfahren entsteht ein zusätzlicher Dokumentationsaufwand: Um sich gegen etwaige QS-Auffälligkeiten wehren zu können, oder um die stichprobenartige Überprüfung der Behandlungsdokumentation zu bestehen (Datenvalidierung, s. Vorbericht S. 119), werden die Psychotherapeuten – auch für die Indikatoren der Patientenbefragung – akribisch und systematisch dokumentieren müssen, wann sie welche Vorgaben erfüllt haben. Sie werden neue Formen der Dokumentation entwickeln müssen, um z.B. bei einer mehrjährigen Langzeittherapie mit einer Behandlungsdokumentation, die 50 oder 100 Seiten Stundenprotokolle umfasst, die Indikatoren-Inhalte bei einer späteren Überprüfung finden und nachweisen zu können. Die Dokumentation wird nicht mehr in erster Linie so geführt werden, wie es ihrem ursprünglichen Zweck entspricht, nämlich Unterstützung der Behandlung, sondern sie wird sich verändern müssen in Richtung Absicherung für die QS-Überprüfung. Auch das greift in den Behandlungsprozess ein.

Die Indikatoren ergeben ein reduziertes und lückenhaftes Bild der psychotherapeutischen Prozessqualität, mit dem ein falscher Eindruck erweckt wird über das, was Psychotherapeuten tun und was die Qualität ihrer Arbeit ausmacht.
Zum Vergleich: Das bisherige Gutachterverfahren wirkt in eine bestimmte Richtung, es ist darauf ausgerichtet, eine zusammenhängende Vorstellung von Patient und Behandlung zu erarbeiten: Problematik, Verständnis der Problematik durch den Psychotherapeuten (Verhaltensanalyse, Psychodynamik, Systemisches Erklärungsmodell), und einen darauf bezogener Behandlungsplan mit Abwägungen zu Indikation und Prognose.
Ein QS-Verfahren mit Indikatoren wirkt eher in die Richtung, einzelne Detail-Aspekte abzuarbeiten: Diagnostik-Checkliste, Testverfahren durchführen, Ziele vereinbaren, Zielerreichung überprüfen, 5 Möglichkeiten hinsichtlich Kooperation prüfen, 5 Möglichkeiten hinsichtlich Nachbehandlung prüfen. Dieses Bild wird Wirkung entfalten, bei allen Beteiligten, und auch auf das Selbstverständnis der Psychotherapeuten zurückwirken: Das sind die Dinge, auf die es in der Psychotherapie nun ankommt! Auch das wird in Behandlungsprozess und therapeutische Beziehung eingreifen.
Das IQTIG deutet mehrfach durch Formulierungen wie „*zunächst*“ an, dass das noch nicht das Ende ist, dass also vermutlich noch mehr davon kommen wird, sobald sich dieses Verfahren erst einmal etabliert hat.

Auch die Patientenbefragung – nach dem was aus Zwischenbericht zum Qualitätsmodell und Vorbericht darüber zu erfahren ist – ist ein Eingriff in den Behandlungsprozess und in die therapeutische Beziehung.
Der Auftrag des G-BA beinhaltet, „*sicherzustellen, dass das QS-Verfahren nicht in den therapeutischen Behandlungsprozess eingreift z.B. durch die Vorgabe bestimmter Psychologischer Testver-*

Vertraulich

fahren". Der G-BA hat offenbar nicht berücksichtigt, wie eine Patientenbefragung in den Behandlungsprozess und in die therapeutische Beziehung eingreift. Eventuell besteht die Vorstellung, dass eine Befragung von außen, nach Abschluss der Therapie, nicht in den Behandlungsprozess eingreifen würde?
Grundsätzlich befürworte ich die Möglichkeit, dass Patienten zu ihren Erfahrungen in der Psychotherapie gefragt werden und sich dazu äußern können. Aber die Durchführung dieser Patientenbefragung im Rahmen des QS-Verfahrens belastet das Vertrauensverhältnis zwischen Psychotherapeutin und Patientin von Beginn der Therapie an: Die Psychotherapeutin weiß, dass ihre Patientin sich nach Ende der Therapie gegenüber einer externen Stelle über sie und ihre Arbeit äußern wird, und weiß auch, dass es berufliche Konsequenzen für sie haben kann. Das schwingt von Anfang an in der Therapie mit. Es kann dazu führen, dass Psychotherapeuten sich nicht mehr frei fühlen, fachlich angemessen zu arbeiten (z.B. Patienten mit für sie unangenehmen Themen zu konfrontieren), oder Patienten in Behandlung zu nehmen, von deren Krankheitsbild oder Persönlichkeitsstruktur her aggressiv-destruktives Agieren zu erwarten ist, oder die sich nicht diesen durch QS festgelegten Abläufen anpassen können (Patientenselektion).
Für die psychodynamischen Verfahren bedeutet es: Der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozess, der das zentrale Medium des therapeutischen Prozesses ist, wird beeinflusst und beeinträchtigt. Themen, die eigentlich in die therapeutische Beziehung und in die gemeinsame Reflexion oder Auseinandersetzung gehören, werden ausgelagert an eine externe Stelle. Es entstehen Abhängigkeits- und Macht-Konstellationen, nicht nur in der therapeutischen Zweier-Beziehung, sondern darüber hinaus mit einer externen Instanz, die eventuell nicht bearbeitbar und auflösbar sein werden. Das ist eine Erschwerung der Therapie, die die Qualität und den Therapieerfolg beeinträchtigen kann.

Vertraulich

2.4. Sind die Indikatoren und das QS-Verfahren geeignet, Qualität zu fördern?

Die **Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden QS** (DeQS-RL) und die **Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie** (QFD-RL) beinhalten nicht nur Maßnahmen wie Empfehlung, Beratung, Zielvereinbarung oder Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien, sondern in letzter Konsequenz auch Maßnahmen zur Durchsetzung: Vergütungsabschläge und *„Information Dritter über die Verstöße*" (QFD-RL S. 4). Falls Psychotherapeuten aus fachlicher Überzeugung mit Teilen des QS-Verfahrens nicht übereinstimmen, wissen sie also von vornherein: Wenn ich mich nicht „beraten" lasse und meine Arbeit in die vorgegebene Richtung verändere, dann folgt irgendwann die „Durchsetzung".
Man kann sich fragen, ob das ein sinnvolles Vorgehen ist, um die intrinsische Motivation zu fördern, sich zu verbessern. Für große Einrichtungen mit vielen technisch-organisatorischen Prozessen mag es ein geeigneter Weg sein, aber in der Psychotherapie geht es um Einzelpersonen, die sich persönlich bewertet – und ggf. abgewertet – fühlen werden. Auch „Beratung" und „Zielvereinbarung" kann durchaus als Sanktion erlebt werden.
Die Wahrscheinlichkeit ist groß, dass Umgehungsstrategien entstehen werden, wie z.B. mechanisches Abarbeiten der geforderten Tätigkeiten, ohne dass es zu einer Verbesserung der inhaltlichen Arbeit führt. Und es wird zu Patientenselektion führen, um Auffälligkeiten zu vermeiden, die durch krankheitsbedingt mangelnde Kooperation der Patienten und krankheitsbedingt negative Aussagen in der Patientenbefragung entstehen können.

Die Befürworter der gesetzlichen QS betonen, dass QS nur dann zu Verbesserungen der Versorgungsqualität führt, wenn sie den Behandlern nutzt (z.B. Pauletzki, Vortrag 39. Deutscher Krankenhaustag Düsseldorf 15.11.2016 http://deutscher-krankenhaustag.de/images/pdf/2016/Pauletzki-Juergen-Prof.pdf).
In welcher Hinsicht könnte das QS-Verfahren den Psychotherapeuten nutzen?
Im besten Fall erinnert die QS-Dokumentation die Psychotherapeuten, einzelne Dinge nicht zu vergessen, die fachlich angezeigt sind. Im schlimmsten Fall zwingt sie die Psychotherapeuten, Dinge zu tun, die sie nicht für sinnvoll halten, die ihnen für die Behandlung nichts nutzen, oder sogar die Behandlung beeinträchtigen.
Der formale Ablauf des QS-Verfahrens sieht ein Feedback an die Psychotherapeuten vor: Die Auswertung der Daten bekommt der Therapeut bis zu 1,5 Jahre nach Ende der dokumentierten Behandlungen. Von der Patientenbefragung erfährt der Psychotherapeut nicht im Detail, wie sich die Patienten über die Therapie geäußert haben, sondern nur, bei welchen Patienten „das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird“ (Vorbericht S. 134). Wie ein solches Feedback für Verbesserungen genutzt werden kann, bleibt unklar.

2.5. Auswertungskonzept: Welche Schlüsse werden aus den Daten gezogen?

Laut IQTIG sind mit dem QS-Verfahren *„erstmals flächendeckende einheitliche Informationen über das Versorgungsgeschehen zu gewinnen“* (Vorbericht S. 140).
Das Auswertungskonzept des IQTIG und QS-Richtlinien wie die DeQS-RL behandeln nur die technischen und organisatorische Abläufe. Die inhaltlichen Fragestellungen des G-BA zum QS-Verfahren sind äußerst vage, und die Indikatoren des QS-Verfahrens beinhalten nur Aussagen zu Referenzbereichen: die Anforderung des Indikators soll in 90 bzw. 95 % der Fälle erfüllt sein.

Inhaltliche Fragen zur Auswertung wären:

- Was genau bilden die Auswertungen ab?
  Über welche Bereiche der Qualität psychotherapeutischer Arbeit können Aussagen gemacht werden, über welche nicht? Hier muss eine inhaltliche Gewichtung und Einordnung ergänzt werden, die zwar in den dokumentierten Expertendiskussionen und z.T. in den Rechercheergebnissen angedeutet ist, im Indikatorenset aber nicht mehr.
- Welche Schlüsse werden aus den Auswertungen gezogen?
  Was weiß man eigentlich, wenn es eine Zahl gibt, wie viele Psychotherapeuten bei wie vielen Patienten mit dem Hausarzt auf nicht näher bestimmte Weise in Kontakt waren, oder ihn nicht erreicht haben? Was sagt das über das „*Versorgungsgeschehen*“?
  Über die reine Indikator-Erfüllung hinaus ergeben sich unzählige Auswertungsmöglichkeiten, auch im Zusammenhang mit den Länder- und Bundesauswertungen (Vorbericht S. 135)
  Wenn es dafür keine Fragestellungen, Vorgaben und Begrenzungen gibt, eröffnen sich Interpretationsspielräume auf allen Ebenen, die dann von den jeweiligen Interessen geleitet werden, z.B. der Besetzung der jeweiligen Fachkommission, oder der Kostenträger, die die Daten nutzen wollen, um steuernd in die Versorgung einzugreifen.
- Wie werden Einrichtungsvergleiche aussehen, was können sie aussagen?
  Psychotherapeuten haben sehr unterschiedliche Praxisprofile und Arbeitsweisen; es gibt große Versorger-Praxen mit 150 und mehr Patienten/Quartal, und hochspezialisierte Praxen mit kleinen Patientenzahlen (hochfrequente analytische Psychotherapie), oder für bestimmte Krankheitsbilder (Traumatherapie, Schmerztherapie, Krisenintervention, Psychosomatik, usw.)
  Auch hier ergeben sich ohne konkrete Fragestellungen vielfältige, interessengeleitete Interpretationsmöglichkeiten der erhobenen Daten.

vertraulich

- Wie soll festgestellt werden, ob sich durch das QS-Verfahren die Qualität verbessert – sowohl der Versorgung insgesamt, als auch beim einzelnen Psychotherapeuten?
  Für die Indikatoren selbst müsste erst untersucht werden, ob sie verlässliche und relevante Aussagen über die Qualität der Versorgung machen, also ob sie als Surrogatparameter dienen können. Insofern müsste das QS-Verfahren von einer neutralen Instanz evaluiert werden, nicht nur hinsichtlich möglicher Verbesserungen, sondern auch hinsichtlich „Risiken und Nebenwirkungen". Daraus könnten wichtige Erkenntnisse über Qualität und Qualitätsverbesserung in der ambulanten Psychotherapie resultieren.
- Wie steht der finanzielle und zeitliche Aufwand aller Beteiligten im Verhältnis zum erwarteten Ergebnis des QS-Verfahrens?
  Es entsteht eine riesige Datensammlung (jährlich etwa 1,5 Millionen Fälle, 30 000 Leistungserbringer, s. Vorbericht S.123). Die Psychotherapeuten erhalten umfangreiche Auswertungen (s. Vorbericht S. 134), mit denen sie sich auseinandersetzen müssen. Informationsveranstaltungen und Schulungen müssen durchgeführt und absolviert werden. Eine komplexe Bürokratie wird aufgebaut, mit Geschäftsstellen, Gremien und Fachkommissionen auf Landes- und Bundesebene, die Gespräche mit einem Teil der 30 000 Psychotherapeuten führen werden. – Gibt es dafür eine Kosten- und Zeitaufwands-Schätzung, in Relation zu einem erwartbaren Nutzen?

vertraulich

3. Zusammenfassung

Das IQTIG-Projektteam hat sehr aufwendig, sorgfältig und in vielen Bereichen transparent Grundlagen zusammengetragen und ausgewertet, und ein Verständnis für Psychotherapie entwickelt, das für ein fachfremdes Gremium bemerkenswert ist. Gemeinsam mit dem Expertengremium hat es darum gerungen, Lösungen zu finden, die sowohl der QS-Logik als auch den Erfordernissen der Psychotherapie gerecht werden.

Die Herausforderung, zwei so konträre Systeme wie QS und psychotherapeutische Behandlungslogik zusammen zu bringen, ist m.E. jedoch noch nicht zufriedenstellend gelungen.
Das liegt zum Teil an den gesetzlichen und sonstigen Vorgaben, die das IQTIG einhalten muss. Aber auch an der Vorgehensweise des IQTIG gibt es einiges zu kritisieren:

- Die Ergebnisse der jahrzehntelangen Psychotherapieforschung werden unzureichend einbezogen: Die Indikatoren sind nicht danach gewichtet, wie viel ihre Erfüllung zur Verbesserung des Therapieergebnisses beiträgt, und wesentliche Wirkfaktoren sind nicht berücksichtigt.
- Die qualitätssichernden Maßnahmen, die es in der Psychotherapie schon gibt (Supervision, Intervision) werden nicht erwähnt und hinsichtlich ihrer Bedeutung für QS geprüft.
- Qualitätsmängel und Verbesserungsbedarf werden behauptet, aber nicht nachgewiesen. Die Datenbasis ist nicht repräsentativ. Der „Nachweis" besteht teilweise darin, dass eine unbekannte Anzahl der Fokusgruppen-Teilnehmer (Patientengruppe n=31, Therapeutengruppe n=16) ihr subjektives Erleben eines Mangels geschildert hat. – So entsteht die Frage, ob mit hohem Aufwand QS betrieben wird für Bereiche, in denen es keine nennenswerten Qualitäts-Probleme gibt.
- Bekannte, nachgewiesene Qualitätsdefizite werden nicht thematisiert.
  Um nur zwei Beispiele zu nennen:
  - Das Thema Grenzverletzungen in der Psychotherapie anzugehen, ist sicher eine besondere Herausforderung, und dass es an keiner Stelle erwähnt wird, ist erstaunlich (zumal eine Studie des Ethik-Vereins im Literaturverzeichnis des Zwischenberichtes aufgeführt ist)

- Eine andere Art von Grenzverletzung, die nicht durch die Psychotherapeuten verursacht wird, mit der sie trotzdem umgehen müssen: Wenn Patientinnen während einer laufenden Psychotherapie von ihrer Krankenkasse unter Druck gesetzt werden, die z.B. mit der Drohung von Krankengeldentzug psychiatrische Behandlung, Reha-Antrag o.ä. erzwingt, ohne jegliche „Kommunikation und Kooperation" mit dem behandelnden Psychotherapeuten. Das wirkt sich oft destruktiv auf den Heilungsprozess aus, und es ist eine psychotherapeutische Herausforderung, damit konstruktiv im Sinne der Patienten umzugehen. https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/115547/FDP-kritisiert-Einmischung-der-Krankenkassen-in-Psychotherapien
  https://bvvp.de/wp-content/uploads/2020/03/20200310-PM_bvvp-gegen-Krankenkasseneinmischungen_public.pdf
  https://www.bptk.de/manche-kassen-bedraengen-versicherte-die-krankengeld-erhalten/
- Intransparenter und z.T. irreführender Umgang mit Quellen und Rechercheergebnissen, v.a. unzulässige Verallgemeinerungen von Aussagen aus hochspezifischen und z.T. nicht-psychotherapeutischen Kontexten, selektive Auswahl von Forschungsergebnissen.
- Die dadurch bedingten Limitationen der entwickelten Indikatoren werden nicht verdeutlicht.
- Die abschließende Einschätzung des IQTIG „... *ist nicht zu erwarten, dass die Indikatoren in ihrer konkreten Operationalisierung nachteilig in die individuelle Therapie oder in die therapeutische Beziehung eingreifen*" (Vorbericht S. 140) trifft definitiv nicht zu: Das QS-Verfahren – auch die Patientenbefragung (s. S. 13 f. meiner Stellungnahme) – greift an vielen Stellen mehr oder weniger stark in den Behandlungsprozess und in die therapeutische Beziehung ein, und ist an vielen Stellen nicht verfahrens-unabhängig, sondern macht v.a. den psychodynamischen Verfahren verfahrensfremde, den Therapieprozess beeinträchtigende Vorgaben.

Daraus ergeben sich „Verbesserungspotentiale":
- Indikatoren, die eindeutig nicht verfahrens-unabhängig sind und in die Behandlung und therapeutische Beziehung eingreifen, sollten ganz herausgenommen werden: verpflichtender Einsatz von standardisierten diagnostischen Instrumenten (Indikatoren 1.2. und 3.2.)
- Stattdessen sollten im QS-Verfahren die vorhandene qualitätssichernden Instrumente Supervision und Intervision berücksichtigt werden (s. S. 11 meiner Stellungnahme).
- Bei der Beschreibung der Ergebnisse von Leitlinien, Literatur und Fokusgruppen sollte deutlich gemacht werden, wie begrenzt ihre Aussagekraft hinsichtlich der ambulanten Psychotherapie ist.
- In der Beschreibung der Indikatoren sollte das IQTIG deutlich machen: sie bilden nicht „die" Prozessqualität („*Schlüsselprozesse*" s. Vorbericht S. 140) ab, sondern nur Ausschnitte davon, die sich im Rahmen von QS leichter messen lassen, und es gibt darüber hinaus umfangreiche inhaltlich-fachliche Qualitätsaspekte, die durch die Indikatoren nicht erfasst werden.

Maßgebend wird wohl etwas anderes sein:
Das IQTIG weist darauf hin, es gebe deutliche Hinweise, dass „*die Akzeptanz des Verfahrens bei den Leistungserbringern zunächst problematisch sein wird*", und schlägt vor, dem „*durch zielführende, frühzeitige Information und Kommunikation*" entgegenzuwirken (Vorbericht S. 120).
Die Akzeptanz-Probleme werden sich so nicht beseitigen lassen. Ein Verfahren, das „*die Identifikation qualitativ auffälliger Praxen ermöglichen*" soll (Vorbericht S. 140 Fazit), kann man nicht durch „*Information und Kommunikation*" annehmbarer machen.

Der G-BA wird sich entscheiden müssen:
- Will der G-BA mehr Kontrolle haben, mehr Einfluss auf die Ausübung der psychotherapeutischen Tätigkeit nehmen?

vertraulich

Dann wird er keine verlässlichen Daten bekommen, sondern das QS-Verfahren wird Daten produzieren, von denen niemand weiß, was sie eigentlich aussagen, weil für die Mehrzahl der Psychotherapeuten der Aspekt der Kontrolle und möglicher Sanktionen das Interesse an Erkenntnissen überwiegen wird.

- Oder will der G-BA verlässliche, aussagekräftige Daten über Versorgungssituation, Prozess- und Ergebnisqualität bekommen, und will er die Psychotherapeutinnen motivieren, die Qualität ihrer Arbeit zu verbessern?
  Dann muss das QS-Verfahren im Sinne eines Forschungsprojektes gestaltet sein, also ohne Identifikation von und Maßnahmen gegenüber *„qualitativ auffälligen Praxen“*.
  Die einrichtungsbezogenen Auswertungen aus dem QS-Verfahren könnten von den Psychotherapeuten im Rahmen des Internen Qualitätsmanagements für Reflexion und Verbesserungen genutzt werden. Die Gesamtauswertungen könnten wertvolle Erkenntnisse für die Darstellung und Verbesserung der Versorgung, und bei entsprechender Gestaltung auch zu Fragen der Psychotherapieforschung (z.B. Wirkfaktoren) bringen.

Beides gleichzeitig wird nicht möglich sein.
Für die zweite Alternative wird man vermutlich die Mehrheit der Psychotherapeuten gewinnen können.

vertraulich

Das IQTIG hat in diesem Dokument Passagen geschwärzt, die die Vertraulichkeit der Beratungen berühren.

Stellungnahme zum vorläufigen Bericht und Indikatorenset 1.0 zum
Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

[redacted]

des IQTIG

[redacted]

Dipl.-Psych., Psychologsicher Psychotherapeut

Sebastian Rühl

[redacted]

[redacted]

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
Gruppenpsychotherapie und Supervision.

Linsengericht, 30.04.2021

Inhalt:

- 1. Einleitung S. 2
- 2. Vorleistungen des IQTIG zur QS in der ambulanten Psychotherapie S. 9
- 3. Treffen des Expertengremiums zur QS in der ambulanten Psychotherapie S. 12
- 4. Eine Alternative: Praxisnah und tatsächlich qualitätsfördernd S. 20
- 5. Diskussion und Abwägung S. 42

1. Einleitung

Gesetzliche Vorgaben und der gesetzliche Auftrag an das IQTIG

Der Auftrag des G-BA an das IQTIG beinhaltet folgende Vorgaben:

Auszugsweise aus dem Auftrag des G-BA an das IQTIG vom 17.05.2018 (https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3334/2018-05-17_IQTIG-Beauftragung_QS-Verfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf)

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) wird beauftragt, ein einrichtungsübergreifendes zunächst sektorspezifisches Qualitätssicherungsverfahren zu entwickeln für die ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Ziel des einrichtungsübergreifenden zunächst sektorspezifischen QS-Verfahrens ist die Messung und vergleichende Darstellung der Qualität der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter.

1. Das IQTIG hat dazu die vom AQUA-Institut recherchierten Qualitätspotenziale und Versorgungsziele unter Berücksichtigung der aktuellen Psychotherapie-Richtlinie zu überprüfen und zu aktualisieren und in einem Qualitätsmodell für das gesamte QS Verfahren einschließlich der Patientenbefragung abzubilden. Darüber hinaus soll das IQTIG eine Einschätzung der Voraussetzungen für eine mögliche Umsetzung geben sowie

2. auf dieser Basis Instrumente und Indikatoren zur Beurteilung der Prozess- und – soweit sachgerecht abbildbar - Ergebnisqualität entwickeln.

Die zu entwickelnden Instrumente und Indikatoren sollen neben den messenden und vergleichenden Aspekten auch auf die Förderung der Qualität ausgerichtet sein.“

Weiter:

„Zielgruppe des Verfahrens sind Erwachsene (ab 18 Jahren), die eine psychotherapeutische Kurzzeit- oder Langzeittherapie bei ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten in Anspruch nehmen.“

„Für das betreffende Verfahren ist dazu ein kompaktes, fokussiertes und fallbezogenes Instrumentarium für den Einsatz in der ambulanten psychotherapeutischen Einrichtung zu entwickeln, das diagnose- und verfahrensübergreifend einzusetzen ist und sich an den oben genannten qualitätsrelevanten Prozessen und – soweit sachgerecht abbildbar - patientenrelevanten Endpunkten orientiert. Zur Abbildung der Patientenperspektive ist eine Patientenbefragung mit einem validierten Patientenfragebogen zu entwickeln.“

Dabei steht noch eine Erweiterung des Auftrags an das IQTIG entsprechend der aktuellen neuen Gesetzeslage aus:

SGB V, § 136a, „(2a) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2022 in einer Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 ein einrichtungsübergreifendes sektorspezifisches Qualitätssicherungsverfahren für die ambulante psychotherapeutische Versorgung. Er hat dabei insbesondere geeignete Indikatoren zur Beurteilung der Struktur, Prozess- und Ergebnisqualität sowie Mindestvorgaben für eine einheitliche und standardisierte Dokumentation, die insbesondere eine Beurteilung des Therapieverlaufs ermöglicht, festzulegen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31. Dezember 2022 zusätzlich Regelungen, die eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung unterstützen.“

sowie

SGBV, § 92

„…..Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sämtliche Regelungen zum Antrags und Gutachterverfahren aufzuheben, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a eingeführt hat.“

Entsprechende Beauftragungen des IQTIG gelten dabei weiter nur für die psychotherapeutische Einzelbehandlung von Erwachsenen. Besondere Brisanz bekommen diese gesetzlichen Vorgaben aber durch eine noch weitergehende Anforderung:

> SGB V, „§ 137 Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses
>
> (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Förderung der Qualität ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen nach den §§ 136 bis 136c festzulegen. Er ist ermächtigt, neben Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung bei der Qualitätsverbesserung je nach Art und Schwere von Verstößen gegen wesentliche Qualitätsanforderungen angemessene Durchsetzungsmaßnahmen vorzusehen. Solche Maßnahmen können insbesondere sein
>
> 1. Vergütungsabschläge,
>
> 2. der Wegfall des Vergütungsanspruchs für Leistungen, bei denen Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 nicht erfüllt sind,
>
> 3. die Information Dritter über die Verstöße,
>
> 4. die einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen."

Daraus lässt sich ein deutlicher gesetzlicher Auftrag ableiten, eine vollkommen neue Form der QS, auch vollkommen neu für den ambulanten Bereich insgesamt, zu entwickeln. Neu ist vor allem die Form des angestrebten Vergleichs zwischen einzelnen Leistungsanbietern und die vorgesehenen Elemente, die dann punitiv umgesetzt werden sollen, wenn ein Leistungsanbieter in seinen Bewertungen durch Patienten, formalen Vorgaben oder Behandlungserfolgen unter bestimmte Benchmarks abfällt. Impliziert ist damit, dass die Qualitätsverbesserung darauf abzielt ein Outcome zu verbessern. Hier muss sicher schon grundsätzlich gefragt werden, ob eine solche QS gerade in komplexen medizinischen oder psychotherapeutischen Bereichen tatsächlich eine Qualitätsverbesserung ermöglichen kann, und wie bei z.B. gerade komplexen psychischen und chronischen Erkrankungen, die zumindest teilweise nie ganz ausheilen werden, überhaupt valide Benchmarks in dieser Weise gesetzt werden können. Schon aus der Industrie ist seit den 1970er Jahren bekannt, dass diese Art von Benchmarks selbst in wenig komplexer Akkordarbeit zu so deutlichen Qualitätseinbußen geführt hat, dass z. B. in der Autoindustrie wesentlich intelligentere Qualitätskonzepte entwickelt wurden. Warum der Gesetzgeber hier glaubt gerade in hochkomplexen Bereichen mit antiquierten QS Methoden die Qualität verbessern zu können erschließt sich einem nicht. Bisher konnte nicht sicher gestellt werden, dass im Bereich der Psychotherapie Qualitätsindikatoren die Qualität tatsächlich so genau wiedergeben, dass sie in jedem Falle zusätzliche Überprüfungen, besondere Rechtfertigungsgründe durch die Leistungserbringer oder punitive Maßnahmen rechtfertigen können. Die im Expertengremium zu diesen Verfahren geführten Diskussionen werden das noch bestätigen.

Eine gute QS ist dabei erfahrungsgemäß immer eine interne QS, die durch beteiligte Leistungsanbieter selber entwickelt und überprüft wird und darüber zu sehr effektiven selbstregulierenden Rückmeldeschleifen führen kann. So funktioniert z. B. Inter- oder Supervision. Auch müsste es dann eher eine Frage einer guten externen QS sein, wie interne QS noch besser angeregt oder honoriert werden kann – also hier anstelle des Punitiven etwas Belohnendes praktiziert wird. Allgemein dürfte bekannt sein, dass belohnende QS-Systeme, vor allem wenn es sich um komplexe und hoch eigenverantwortliche Systeme handelt, besser funktionieren als punitive QS-Systeme. Extern kann dagegen überprüft werden, ob es in einer Grundgesamtheit zu Qualitätseinbußen kommt. In einer Grundgesamtheit festgestellte Qualitätseinbußen können dann zu höheren Anforderungen an eine interne QS führen, aber

wird Qualitätsdefizite, insbesondere in komplexen Systemen, nicht durch eine direkte Kontrolle und Einflussnahme beheben können.

In diesem Sinne muss dann erstmal die Frage gestellt werden, wo es im Bereich der psychotherapeutischen Behandlungen zu Qualitätseinbußen gekommen sein soll oder wo Qualitätsdefizite bestehen. **Ein solches Defizit ist derzeit nicht festgestellt worden.** In einer nächsten Überlegung kann man hier möglicher Weise fragen, ob es bisher in der Psychotherapie zu wenige dokumentierbare und gleichzeitig extern einsehbare Qualitätsstandards gibt. Wenn dem so sei, müssten hier zunächst dokumentierbare und extern einsehbare Qualitätsstandards entwickelt werden. **Hier flächendeckend als Feldversuch allgemein in der Regelversorgung herum zu experimentieren, mit noch ungewissen Ausgang und dazu die Gesamtheit der Psychotherapeuten einzuspannen, vergeudet Ressourcen, wäre für die Kollegen eine Zumutung. Auch gab es das schon als Feldversuch 2010 (Wittmann et al, 2010) und führte u. a. zu dem Ergebnis, dass die regelmäßige Anwendung von statistischen Verfahren keine Vorteile erbringt.**

Wenn diese Fragestellung, in diesem Sinne nach einer Weiterentwicklung der QS, oder im Sinne der Psychotherapie eine ergebnisoffene, wissenschaftliche wäre, die über wissenschaftliche Projekte zu einer weiteren Grundlagenforschung führen würden, in die Psychotherapeuten aktiv gestaltend mit einbezogen werden würden, könnten sich aus den Überlegungen des IQTIG vielleicht interessante Forschungsprojekte mit interessanten Fragestellungen und weiterführenden Ergebnissen ergeben. Aber das Ziel dieser – aus meiner Sicht recht unüberlegten – gesetzlichen Vorgaben ist nicht eine wirklich angestrebte Qualitätsverbesserung, sondern das Erheben von umfänglichen Datensammlungen mit nur punitiven Zielen, ohne eine wirklich gelungene Verknüpfung erhobener Daten zu tatsächlichen oder wirklich relevanten Qualitätsaspekten anzustreben und einem dazu notwendigen individuell reflektierbaren Rückfluss von erlangten qualitätsverbessernden Erkenntnissen in die weitere Behandlungsplanung und Behandlungsdurchführung. Gleichzeitig kann und darf es nicht Ziel einer QS sein eine gesamte Psychotherapeutenschaft für ein wissenschaftliches Großprojekt einzuspannen, denn deren Fokus und deren Ressourcen müssen auf der Behandlung von erkrankten Patienten liegen.

Hinsichtlich der Erfassung von Qualität benötigt es dann zunächst eine Definition, woraus die Qualität besteht, die erfasst und verbessert werden soll, also darüber, worin die Qualität besteht. Die in dem Auftrag an das IQTIG implizierte Qualität ist ein Outcome, dass Rückschlüsse auf einen qualitativen Therapieprozess geben soll. In diesem Falle also welches psychotherapeutische Handeln qualitativ wertvoll ist und welches psychotherapeutische Handeln qualitativ nicht wertvoll ist. Mit den Schwierigkeiten zu dieser Einschätzung zu kommen und darüber quantitativ zu verarbeitende Daten sammeln zu können, hat sich im Vorfeld des Auftrags an das IQTIG das AQUA-Institut beschäftigt, um auf Grund bestimmter statistischer Grundannahmen zu einer Grundgesamtheit ein nach den allgemeinen Regeln der statistischen Erfassung von Daten ein Qualitätsmodell zu entwickeln. Üblich ist es dabei, die Einschätzung von Tätigkeiten über Prozess und Ergebnisvariablen zu ermitteln, da darüber eine direkte Einschätzung möglich sei. Einem guten Ergebnis müsse danach ein guter Prozess und darüber ein gutes Handeln zu Grunde liegen. Bei hohen Stückzahlen ein und desselben Produkts oder hohen Fallzahlen genau ein und derselben Behandlung können Qualitätsstandards auf diese Weise gut entwickelt werden, aus denen dann einzelne Qualitätsaspekte zu Qualitätsmerkmalen weiterentwickelt werden können, die dann für alle genau gleichartigen Vorgänge überprüfbar werden.

Dieser Überlegung zu Grunde liegt ein hierarchisch ausgeprägtes, bio-medizinisches Qualitätsmodell, in dem der Leistungserbringer am passiv bleibenden Patienten eine Behandlung ausführt und ganz alleine über Art und Umfang der Behandlung bestimmen müsse und könne. Diesem Modell sind biophysische Parameter immanent, die direkt aus körperlichen Sekreten oder körperlichen Funktionsüberprüfungen abgeleitet werden können, aus denen die Krankheitsursache, die damit zusammenhängende Diagnose und die Form der Behandlung zweifelsfrei bestimmbar sei. Dieses Qualitätsmodell ist aber für die Psychotherapie nicht zutreffend. (Auch in anderen Bereichen der Medizin gibt es immer mehr eine Abkehr von diesem Modell). Zwar wurde in der Psychotherapie versucht mit standardisierten Erhebungen ein Äquivalent zu den bio-physischen Parametern zu schaffen, aber ohne, dass darüber tatsächlich die Ursache oder die Form der Behandlung eindeutig bestimmbar ist. Damit bekommt aber die dann alleine dadurch noch bestimmbare Symptomatik oder Befindlichkeit, der dann nur noch rein formalen Diagnose oder Funktionsfähigkeit, für sich alleine gesehen, nur einen geringen Wert für die Behandlung selbst. Ein Wert einer solchen Erhebung für die Behandlung wird dann erst durch eine gemeinsame Reflexion mit dem Patienten entstehen können.

Damit zeigt sich die erste Grundproblematik einer QS in der Psychotherapie: Qualitätsbildende Prozesse in der Psychotherapie stellen keinen linearen Prozess dar, der sich durch eindeutig definierbare Verhältnisse und Abhängigkeiten beschreiben lässt. Qualitätsbildende Prozesse sind fast ausschließlich interaktiver und reflektorischer Art. **Solche Prozesse lassen sich nicht durch ein QS, die auf Grundlage eines hierarchischen QS-Modells entwickelt wird, erfassen.**

Andere partizipative Vorgehensweisen der gleichzeitigen Reflexion, Intervention und aktiven Teilnahme des Patienten an dem Prozess seiner eigenen Behandlung, können dagegen Krankheitsursache, Form der Behandlung und eine tiefere strukturelle Diagnose gut erarbeiten lassen, für die standardisierte Verfahren nicht geeignet sind und in einem solche Prozess sogar wie ein störender Fremdkörper erlebt werden können. Qualitätsgebend ist in der Psychotherapie nicht unbedingt die gute Vorhersage und Anwendung des schon bekannten, sondern in jeden Fall das Erarbeiten von neuen Möglichkeiten, Ressourcen und Lösungen, die nicht einer solchen Vorhersagbarkeit entsprechen müssen – hier also eher ein Äquivalent in manchen Aspekten der Chaostheorien haben. Die Diskussionen des Expertenteams haben diese Überlegungen immer wieder bestätigt.

In der Psychotherapie gibt es für ein Benchmarking zudem die für eine valide Auswertung standardisierter Verfahren geforderten hohen Fallzahlen, genau ein und derselben Behandlung nicht, sondern im Gegenteil, kaum Behandlungen die einer anderen genau oder auch nur wenige Behandlungen, die sich ungefähr gleichen, in zusätzlich nur sehr kleinen Stichprobenmengen. Dabei zeigt die bisherige Entwicklung des Expertengremiums ein deutliches Dilemma zwischen dem Anspruch ein Instrument zu entwickeln, dass die Qualität genau für jeden Einzelfall erfassen kann, ohne eigentlich genau zu wissen, über welche Eigenschaften der Einzelfall genau zu definieren ist oder in welchen Variablen die Qualität für jeden Einzelfall zu finden sei, da bei der hohen Heterogenität zu wenig Vergleichbarkeiten vorliegen, bei gleichzeitig zu vielen, teilweise diametral unterschiedlichen Definitionen oder Qualitätsaspekten. Insofern besteht die Problematik der Entwicklung einer Leistungserbringer differenzierenden QS für den Bereich der ambulanten Psychotherapie in einer weiteren Grundsätzlichen: **Das hier zu Grunde gelegte allgemeine statistische Grundmodell als Qualitätsmodell, mit dem das IQTIG versucht eine leistungserbringerbezogene QS für die Psychotherapie zu entwickeln, ist für eine solche Entwicklung in dem Bereich der Psychotherapie nicht wirklich geeignet**, **da die statistischen Voraussetzungen der**

Homogenität und Stichprobengröße allgemein erstmal nicht bestehen. Darüber können Anfangs und Endpunkte quantifizierter Daten nicht sicher bewertet, nicht inhaltlich sicher zugeordnet oder risikoadjustiert werden**.** Diese Bedenken sind schon dem Bericht des AQUA-Instituts zu entnehmen. Warum hier Entscheidungsträger trotzdem veranlasst haben dieses Qualitätsmodell gerade für die durch die hohe Heterogenität und kleinen Stichprobengrößen besonders problematische Einzelfallanalyse trotzdem weiter zu entwickeln, könnte für eine gewisse Beratungsresistenz sprechen und ist sachlich nicht wirklich nachvollziehbar.

Will man versuchen aus der heterogenen Gruppe der Psychotherapie verbindende Merkmale herauszuarbeiten, um zumindest eine begrenzte Homogenität herzustellen, die sich statistisch Verfahrens und Diagnoseübergreifend erfassen ließe, wird man auf Erkenntnisse zurückgreifen müssen, die sich in dem Konzept der „evidenzbasierten Psychotherapie“[1] widerspiegeln. Lambert postulierte dazu schon 1992[2] bestimmte Faktoren. Im Expertengremium wurden die Wirkfaktoren nach Grawe diskutiert: (In der Reihenfolge ihrer Bedeutung) Therapeutische Beziehung; Ressourcenaktivierung; Problemaktualisierung; Motivationale Klärung; Problembewältigung. **Ein Instrument, dass Outcome-Variablen verfahrens- und diagnoseunabhängig erfassen könnte und darüber eine signifikante Aussage über die Qualität des Prozesses aller psychotherapeutischen Behandlungen gleichermaßen machen könnte, wurde dabei bisher nicht gefunden.**

[redacted] Gleichzeitig besteht aber ein Bedarf einer Revision und Überprüfung des bisherigen QS-Systems der ambulanten Psychotherapie.

Irritierend ist dabei in der Diskussion, so wie sie auch in der Öffentlichkeit geführt wird, dass Ansprüche an eine Prozessqualität mit Qualitätsaspekten der Ressourcenverteilung vermengt werden. Dass es lange Wartezeiten in der Psychotherapie gebe und die Nachfrage das Angebot übersteige, ein Hinweis auf eine schlechte Prozessqualität sei. Dem muss hier entschieden widersprochen werden. Das eine ist von dem anderen strikt zu trennen, methodisch und inhaltlich.

<u>Entwicklung einer QS für den Bereich der ambulanten Psychotherapie:</u>

Es ist dabei sicherlich ebenso unbestritten, dass jede Form einer psychotherapeutischen Behandlung Qualitätskriterien und auch eine Qualitätssicherung benötigt. Eine Qualitätssicherung kann in vielen Bereichen durch externe Qualitätskontrollen erreicht werden. Externe Qualitätskontrollen sind vor allem in großen und homogenen Grundgesamtheiten sinnvoll. Qualitätskontrollen im Gesundheitswesen dürfen dabei aber nicht zu einem Selbstzweck werden, sondern müssen möglichst unverzüglich zu einer vor allem für den Patienten sinnvollen oder spürbaren Verbesserung führen. Als Voraussetzung für eine sinnvolle Umsetzung reicht nicht ein Gesetzesauftrag oder eine dem Gesetzesauftrag willige, aber für eine wirkliche Qualitätsverbesserung unzureichende Umsetzung aus. In Bereichen kleiner Stichproben und heterogener Grundgesamtheiten wird in Industrie und Forschung

[1] Vgl.: Fluckiger, Christoph: CME zertifizierte Fortbildung, Basale Wirkmodelle in der Psychotherapie. Wer und was macht Psychotherapie wirksam? (2021) und
Mulder R, Murray G, Rucklidge J (2017) Common versus specific factors in psychotherapy: opening the black box. Lancet Psychiatry 4(12):953–962. <https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30100-1>

[2] Lambert, M.J.: Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In: Norcross JC, Goldfried MR (Hrsg) Handbook of psychotherapyintegration.BasicBooks, NewYork, S94–129 (1992).

schon seit vielen Jahrzehnten immer mehr auch eine interne Qualitätskontrolle und auf die Motivation der Mitarbeiter sich in selbstregulierenden Systemen selber zu kontrollieren gesetzt, da sich für diese Grundgesamtheiten dadurch bessere Qualitätsverbesserungen generieren lassen. Grundlage dafür ist auch ein erweiterter Stakeholderbegriff[3], in dessen Sinne sowohl die Leistungserbringer als auch Patienten Key-Stakeholder darstellen, aber auch Krankenkassen und andere beteiligte Institutionen einen hohen Einfluss- und Wirkungsgrad haben. Das führt zu kooperativen Qualitätsmodellen wie dem EFQM Modell, das immer mehr antiquierte Konkurrenzmodelle ablöst. Aber gerade ein wirklich umfassendes Qualitätsmodell wurde vom Gesetzesgeber in seinem Auftrag ausgeschlossen. Insofern gleicht der Auftrag an das IQTIG und das Expertengremium immer mehr eher der Lösung eines gordischen Knotens.

Eine wissenschaftliche Ausarbeitung muss hier dementsprechend auch Begrenzungen der Möglichkeiten externer, rein quantitativer, besonders hierarchisch und punitiv ausgerichteter Qualitätskontrollen benennen können, alternative Möglichkeiten zu dem vom Gesetzgeber geoforderten Ergebnissen aufzeigen. Nach dem weltweit als sehr innovativ und nachhaltig anerkannten europäischen EFQM Qualitätsmodell müssten zunächst vor allem auch anerkanntes Fachwissen der Leistungserbringer verstanden und kommunikativ in die Grundlagen der Entwicklung des Qualitätsmodells für die ambulante Psychotherapie einbezogen werden, aber auch eruiert werden, welche Mitarbeit der Patienten eine Behandlung erfolgreicher macht oder auch strukturelle Probleme in eine Problemanalyse aufgenommen werden. Auch die Notwendigkeiten und Bedürfnisse der Patienten eine Behandlung zu erhalten gehören zu einem Qualitätsmodell dazu, insbesondere weil der Zugang zur Ressource Psychotherapie, auf Grund der immer wieder begrenzten Möglichkeiten der Leistungserbringung weiterhin einen der Hauptmängel in der Qualität der Psychotherapie darstellt und nicht die Qualität der Behandlung selbst. Insofern ist es Augenwischerei, Glauben machen zu wollen, die Qualität der Psychotherapie, vor allem durch eine Verbesserung der Behandlung selbst verbessern zu wollen, während die größten Probleme immer noch darin bestehen, dass Bedürftige in einem angemessenen Zeitraum Zugang zu einer Behandlung bekommen können. Hinter der Vorgabe, das Outcome verbessern zu wollen, kann man dann andere strukturelle Probleme gut verbergen.

Aber das Qualitätsmodell des IQTIG hat sich zunächst eher darin versucht oder anders ausgedrückt, darauf beschränkt einen Gesetzesauftrag zu erfüllen. Vielleicht liegt deshalb auch schon dem Gesetzesauftrag selbst und auch in der Beauftragung des G-BA mache Problematik, auf diesem Weg für eine wirkliche Qualitätssicherung sorgen zu können.

Die Aquastudie liest sich dabei keineswegs als eindeutige Empfehlung für eine einrichtungs- oder leistungserbringerbezogene, diagnose- und verfahrensunabhängige quantitative Erhebung insbesondere des Outcomes zum Benchmarking zwischen den Leistungsanbietern oder von generellen Testanwendungen, sondern zweifelt eher daran, ob 1. Ein entsprechendes Verfahren überhaupt valide möglich sei und 2. Ob durch ein solches Verfahren überhaupt eine wirkliche Qualitätsverbesserung des Therapieprozesses selbst zu erreichen wäre, da die Qualität in einem sehr komplexen, individuellen und von vielen Faktoren abhängigen Prozess des Patienten besteht. Wissenschaftliche Standards haben zwar die Idealvorstellung über die Entwicklung von sehr Reliablen und Validen Erhebungsverfahren, die keine Fehlervarianzen erzeugen und von Interpretationen freie und unabhängige Werte wiedergeben können, wissen aber auch um deren Begrenztheit der Möglichkeiten dazu.

[3] Z. B. S. Sachs & E. Rühli: *Stakeholders Matter: A New Paradigm for Strategy in Society.* Cambridge Univ. Pr. 2011 oder
EFQM Modell EFQM_MODELBROCHURE_AWfinal_German_Free_Sponsors.03.pdf (mcusercontent.com).

Auf Grund der Komplexität, der hohen Unterschiedlichkeit psychotherapeutischer Behandlungsabläufe und der geringen Stichprobenzahl, ist deswegen auch kein bisher bekanntes Erhebungsverfahren gefunden worden, dass selbst den allgemeinen Standardvorgeben solcher Verfahren oder den eigenen aktuellen Vorgaben des IQTIG dazu, entsprechen könnten.

Deswegen wurde hier u. A. auf eine neu zu entwickelnde Patientenbefragung ausgewichen, in der der Patient als Kunde betrachtet werden soll, der zu einer Bewertung des „therapeutischen Prozesses“ valide, reliabel und interpretationsfrei in der Lage sei. Aber es sind durchweg zwingende und oft durchaus unangenehme Gründe für eine solche Behandlung, die fast immer anstrengende und oft auch schmerzhafte Prozesse beinhalten, die niemand ohne triftigen Grund über sich ergehen lassen würde. Hinzu kommt, dass der anzustrebende Endpunkt, dem es zudem oft gar nicht in der gewünschten Weise gibt, gerade im Bereich der Psychotherapie keine Ausheilung der Erkrankung bedeuten muss und deswegen Aussagen der Patienten in sehr heterogener Weise durch die unterschiedlichsten Krankheitsverläufe emotional oder auch irrational beeinflusst werden können. Deswegen wird jede Patientenbefragung ein temporäres nicht gerade besonders reliables oder valides Meinungsbild darstellen. Zum anderen stellt sich die Frage der Validität des Meinungsbilds hinsichtlich der tatsächlich erfolgten Behandlung, aber auch zu Fehlanreizen, da Auswertungen solcher Meinungsbilder dann ja gewollt zu punitiven Folgen führen sollen.

Dabei besteht gerade Psychotherapie schon immer aus solchen Rückmeldeschleifen, wie sie die Patientenbefragung nutzen möchte. Diese Rückmeldeschleifen zwischen Patient und Behandler sind schon immer ein Teil einer internen QS. Nur dass diese Rückmeldeschleifen, wenn sie in den Prozess der Behandlung implementiert sind, direkt in die Behandlung zurückgeführt werden können und damit die Qualität der Behandlung auf einem direkten Wege verbessern können. Wenn eine solche Rückmeldemöglichkeit für Patienten in einer Psychotherapie nicht ohnehin schon impliziert wären, dann wäre es sicher höchste Zeit hier Feedbackschleifen einzuführen, aber sicher nicht durch eine solche Art der Patientenbefragung, wie sie das IQTIG in einem Zwischenbericht schon vorgestellt hat. Wie solche Feedbackschleifen anzuwenden sind, ist Standard der psychotherapeutischen Ausbildung in Deutschland, verfahrensspezifisch unterschiedlich umgesetzt. Wenn man eine vernünftige Patientenbefragung einführen wöllte, dann sollte man sich besser erstmal mit den geläufigen Rückmeldeschleifen in psychotherapeutischen Behandlungen auseinandersetzen. Die geplante Patientenbefragung kann dabei letztendlich gar nicht als Rückmeldeschleife angesehen werden, da die Ergebnisse nicht direkt in den Therapieprozess zurückgeführt werden können und damit nicht zu einer Verbesserung des Therapieprozesses beitragen werden, hier auch wieder nur einem hierarchischen QS-Modell folgen. Stattdessen können bestenfalls Daten mit unklarer Reliabilität und zweifelhafter Validität gesammelt werden, die zu keiner Qualitätsverbesserung führen können.

Unverständlich ist weiter, warum stattdessen der Qualitätsaspekt „therapeutische Beziehung“, der sicher genauso reliabel und ggf. sogar valider abzubilden gewesen wäre, wie eine Patientenbefragung, von vornherein aus dem Konzept herausgenommen wurde. Die Begründung der schlechteren Erfassbarkeit oder Abbildbarkeit ist hier nicht nachvollziehbar. Das dem schon in Super- oder Intervision Aufmerksamkeit geschenkt wird, wäre ein nachvollziehbarer Grund, hätte aber zur Folge haben müssen, hier die schon bestehenden Einrichtungen und Zertifizierungen von Super- und Intervision durch die Kammern sowie deren Nachweispflichten als wesentliche QS anzuerkennen und schon in der Konzeption mit einzubeziehen.

Grundsätzlich ist das Vorhaben psychotherapeutische Qualität messbar machen zu wollen aber nicht abzulehnen, sondern ist gerade von Psychotherapeuten schon immer begrüßt und unterstützt worden. Entsprechend gibt es viele wissenschaftliche Untersuchungen, die die Qualität der Psychotherapie wissenschaftlich erfasst und bestätigt haben. Vor dem Hintergrund, dass Psychotherapie schon heute hoch qualitativ und sehr effektiv durchgeführt wird, in der Wirkung sehr gut erforscht und damit in der Wirksamkeit vielfach bestätigt ist und Psychotherapeuten in Deutschland schon heute hoch qualitativ ausgebildet werden, muss sich schon Eingangs gefragt werden, inwieweit der Einsatz eines solch umfassenden Verfahrens sachlich gerechtfertigt, wirklich sinnvoll und auch kostenbewusst ist. Gleichwohl sind die Leistungserbringer durchaus an einer gut funktionierenden Qualitätssicherung interessiert. Das Argument, dass es hier nicht um allgemeine, sondern um die einzelne Behandlung differenzierende QS-Aspekte geht, ist nicht von der Hand zu weisen, und suggeriert schnell, dass es dazu bisher keine QS seitens des Berufsstands gäbe. Gerade das Vorhandensein von durch die Psychotherapeutenkammern hochqualitativer zertifizierter Inter- und Supervision belegt aber das Gegenteil.

Aber genau darin zeigt sich noch einmal der Irrtum in der Annahme, dass Psychotherapie einem hierarchisch aufgebauten bio-physischem Krankheits- und Behandlungsmodell entsprechen würde und standardisierte Erhebungen hier Körperkorrelate aus dem bio-medizinischen Modell ersetzen könnten. Gerade auch die sehr intensiven Diskussionen im Expertengremium dieses QS-Verfahrens haben genau das Gegenteil gezeigt. Psychotherapie folgt fast ausschließlich einem partizipativen interaktiven Modell, in der Erkenntnis und Behandlungsfortschritt nur aus dem Prozess der Interaktion entstehen kann. Daraus ergeben sich nachfolgend deutliche Probleme in der Definition und Erfassbarkeit von QS relevanten Daten, da dieser Prozess mit standardisierten Verfahren praktisch nicht zu erfassen ist, der Prozess selber kaum standardisiert werden kann. Standardisierte Verfahren sind deshalb nicht geeignet die Qualität des Prozesses selbst abzubilden, können aber wichtiger Teil des Prozesses, als Teil der Interventionen und des gemeinsamen interaktiven Prozesses. **Wann und in welchem Maße der Einsatz standardisierter Erhebungsverfahren sinnvoll und gerechtfertigt ist, kann und darf, auch nach den Psychotherapierichtlinien und nach der Berufsordnung (so wie bei allen anderen psychotherapeutischen Interventionen auch), nur der Psychotherapeut selbst entscheiden. Eine Delegation dieser Entscheidungen oder eine Weisungsgebundenheit an Fachfremde ist hier nicht zugelassen.**

Die auf Grund der hier vorangestellten Grundlagen und Überlegungen und der vergleichbar geführten Diskussion im Expertengremium erarbeiteten Alternative von Rückmeldungen, über Vorgehen und Dokumentationen des interaktiven und gemeinsamen reflektierenden Behandlungsprozesses selbst, wird deshalb im Folgenden im Fokus stehen müssen und weiter zu diskutieren und auszuarbeiten sein. Nur auf diesem Weg wird eine fachgerechte und sachlich sinnvolle QS für den ambulanten Bereich der Psychotherapie zu entwickeln sein.

2. Vorleistungen des IQTIG zur QS in der ambulanten Psychotherapie:

Im Vorfeld des Expertengremiums hat das IQTIG – so wie auch im vorläufigen Bericht schon dokumentiert, schon einige Vorarbeit geleistet. Zu den einzelnen Punkten ich im Folgenden, so weit wie notwendig, Stellung genommen:

Literaturrecherche:

Im Vorfeld der Entwicklungsarbeit zu der QS in der ambulanten Psychotherapie hat das IQTIG eine eigene Literaturrecherche vorgenommen. In die Literaturrecherche wird nur Literatur eingeschlossen, die sich auf standardisierte Erhebungen bezieht. Erhebungen, die auf einer Standardisierung von statistischen Verfahren beruht, wird die Wichtigkeit der Anwendung statistischer Verfahren, wenn die Untersuchung das zum Thema hatte, in der Regel nur bestätigen können. **Damit gibt es eine Einschränkung des möglichen Erkenntnisgewinns auf Erhebungen mit und über positiven Bewertungen standardisierter Verfahren.** Die Literaturrecherche des IQTIG kommt dann zu folgenden Ergebnissen:

- **Versorgungssituation**: Es wird über einen strukturell bedingten erschwerten Zugang und auch sektorenübergreifende Probleme im Zugang berichtet.
- **Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen:** Es gibt Wirkfaktoren mit positiven Einflüssen auf das Outcome, unter deren Berücksichtigung sich die Behandlung verbessern lässt. Auch werde darauf hingewiesen, dass Wirkfaktoren in hohem Maße voneinander abhängig sind und damit nicht isoliert betrachtet werden können. Besonders und ausführlicher wird die Wichtigkeit von verfahrensunabhängigen Wirkfaktoren aus dem Bereich der „therapeutischen Beziehung“ hervorgehoben.
- **Diagnostik:** Wittmann et al[4]: Das IQTIG behauptet Therapeutinnen und Therapeuten, die bei der Diagnostik auch standardisierte Instrumente zur Symptomerhebung einsetzen, würden mehr und differenzierter diagnostizieren als Therapeutinnen und Therapeuten, die diese nicht einsetzen.

  Das ist eine unzulässige Aussage und entspricht nicht den Ergebnissen von Witmann et al. Es wurde von Wittmann et al lediglich dokumentiert, dass die Anzahl der Diagnosen größer war. „Jedoch ist einschränkend festzuhalten, dass keine Information zur Reliabilität der gestellten Diagnosen vorliegt. Somit lassen sich alleine aus der Anzahl vergebener Diagnosen keine Aussagen über die Qualität der Diagnostik oder der Therapie an sich ableiten.“ (Wittmann et. al., ebd. S. 161). Die Evidenz, die das IQTIG hier vortäuscht, ist nicht gegeben!

- **Therapiezielvereinbarung:** Dazu wurden keine Studien gefunden.
- **Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf:** Feedback kann einen Einfluss auf den Therapieerfolg haben. Damit können Fehlentwicklungen erkannt und die Behandlung entsprechend angepasst werden (z. B. Carlier et al. 2017)[5]. Z. T. werden die Feedbacks über Ergebnisse standardisierter Messungen generiert (Lambert et al 2018)[6].

  Bei Lambert et al (2018) handelt es sich um Studien, die im stationären und teilstationären Bereich sowie in Beratungscentern von Universitäten durchgeführt wurden. Daraus ist eine Repräsentativität für den ambulanten Bereich der Richtlinienpsychotherapie nicht automatisch oder zwingend ableitbar. Die einzige

[4] Wittmann, WW; Lutz, W; Steffanowski, A; Kriz, D; Glahn, EM; Völkle, MC; et al.: Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse – Abschlussbericht. Hamburg: Techniker Krankenkasse. ISBN: 978-3-00-035022-1, 2011

[5] Carlier, IV; Kovács, V; van Noorden, MS; van der Feltz-Cornelis, C; Mooij, N; Schulte-van Maaren, YWM; et al. (2017): Evaluating the Responsiveness to Therapeutic Change with Routine Outcome Monitoring: A Comparison of the Symptom Questionnaire-48 (SQ-48)

[6] Lambert, MJ; Whipple, JL; Kleinstäuber, M (2018): Collecting and Delivering Progress Feedback: A Meta-Analysis of Routine Outcome Monitoring. *Psychotherapy* 55(4): 520-537. DOI: 10.1037/pst0000167.

Studie (Wittmann et al ebd.), die für die in Deutschland vorhandene Situation gesichert repräsentativ ist, wird in diesem Zusammenhang nicht genannt und zeigt genau das Gegenteil. Die Anwendung von standardisierten Verfahren führte zu keinen besseren Ergebnissen aber zu einer Ausweitung der notwendigen Leistungen um ca. 10%. Auch hinsichtlich eines dadurch zu erwartenden Kostenfaktors, wäre die Hinzuziehung dieser Studie unbedingt notwendig gewesen.

- **Kooperation:** Für komplex psychisch Erkrankte sei eine bessere Vernetzung der Leistungsanbieter notwendig. Es gibt Hinweise darauf, dass ein besserer Austausch zwischen unterschiedlichen medizinischen Berufsgruppen notwendig und wünschenswert ist. Hinweise darauf, dass Psychotherapeuten hier ihrer Bringschuld nicht nachkommen würden, gibt es keine.
- **Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes:** Die Erfassung von schlechtem Ansprechen auf die Behandlung und problematischer Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeut und Patient kann schlechte Behandlungsergebnisse verhindern. Die Erfassung erfolgte über standardisierte ROM (Lambert et al 2018). Das entspricht den Ergebnissen zu anderen Punkten der Literaturrecherche. Besonders die Metastudie von Lambert et al wird öfter genannt. Eine Übertragbarkeit dieser Metastudie auf die Richtlinienpsychotherapie ist aber fraglich.
- **Outcome:** Erhebung des Therapieergebnisses und die Reflexion des Therapiefortschritts sind zentral um den Therapieerfolg sicherstellen zu können (Lambert et al 2018 ebd.). Verringerung der Symptomatik, Selbstmanagementfähigkeiten oder Copingstrategien sind für Patienten wichtige Fähigkeiten des Outcomes und anhaltende Behandlungswirkung. Verbesserung interpersoneller Beziehungsmuster und psychosoziale Funktionalität sind ebenfalls wichtige Variablen beim Outcome. Hierbei steht aber die Anwendung standardisierter Verfahren keineswegs im Vordergrund.

Damit zeigt sich schon in der Literaturrecherche vor allem hinsichtlich der Verwendung standardisierter Erhebungen eine hohe Voreingenommenheit und Selektion, um ein bestimmtes Ergebnis vorzutäuschen (Studie von Lambert et al hervorgehoben und Wittmann et al zunächst falsch und dann erst gar nicht in diesem Zusammenhang genannt). Ein solches Vorgehen ist unwissenschaftlich und ideologisch geprägt.

Befragungen der Fokusgruppen

Zu den Befragungen der Patienten und der Leistungsanbieter beschreibt das IQTIG ausführlich das methodische Procedere. Aus den einzelnen Zitaten Befragter verallgemeinernde Äußerungen abzuleiten ist keine wissenschaftliche Auswertungsmethode. Ohne wissenschaftliche Einordnung, Gewichtung und Validierung der Aussagen, können solche Aussagen nur als Ideengeber, aber nicht als Begründung umfassender QS Maßnahmen verwendet werden, denn sie sind für bestimmte Aussagen vom IQTIG selektiv ausgewählt und nicht empirisch abgeleitet.

Patientenbefragung

Wichtig war dem IQTIG, dass es zwischen den Erhebungen in den Praxen und der Patientenbefragung keine Überschneidungen gebe. Ergebnisse daraus werden nicht dargestellt. Insofern gibt es keine Überprüfbarkeit dieser Aussage. Anstelle eines hier erstmal

zu erwartenden Berichts über Inhalte, folgen weitere Aspekte des methodischen Vorgehens. Diese Desinformation wurde als starke Einschränkung des Expertengremium wahrgenommen, zu Interaktivität von Patientenbefragung und den Implikationen auf die QS-Erhebung in den Praxen nicht diskutieren und dazu keine Stellung nehmen zu können. Eine sinnvolle Diskussion des Expertengremiums zu der Zusammenführung und sinnvollen Verwendung der Daten aus der QS in den Praxen mit den Daten der Patientenbefragung hat das IQTIG damit unmöglich gemacht. Das erweckt den Eindruck, dass man damit vor allem kritischen Fragen aus dem Weg gehen wollte. Deutliche Zweifel an der Validität und Reliabilität der Zuordnung der Aussagen der Patienten zu relevanten Qualitätsaspekten der vom Leistungsanbieter zu verantwortenden Prozesse bestätigen sich damit.

Expertengremien

Wie die Expertengremien für die Patientenbefragung und für die Erhebungen bei den Leistungserbringern zusammengesetzt werden wird ebenfalls formal gut beschrieben. Eine korrekte und differenzierte inhaltliche Wiedergabe des Diskussionsprozesses in den Expertengremien findet nur in rudimentären Ansätzen statt, Kontroversen zu den vom IQTIG verfolgten Ergebnissen oder alternative Vorschläge werden nicht besonders erwähnt oder diskutiert.

Aufwand

Wie im Praxisalltag QS-Dokumentationen realistisch und zeitsparend operationalisiert werden könnten, ist im Bericht und im Expertengremium seitens des IQTIG nicht thematisiert worden.

3. Treffen des Expertengremiums zur QS in der ambulanten Psychotherapie:

Im Expertengremium konnten die vom IQTIG als wichtig erachteten Stationen oder Qualitätsaspekte einer psychotherapeutischen Behandlung weitgehend bestätigt werden, die eine Dokumentation erfordern. Dabei sind die extrahierten Phasen einer Behandlung, mit denen einige Qualitätsaspekte zusammen hängen, nichts Neues, sondern entsprechen den aktuellen Abläufen in psychotherapeutischen Praxen:

- Diagnostik
- Therapiezielvereinbarung
- Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf
- Kooperation
- Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes
- Outcome

Folgende Qualitätsaspekte fehlen aber vollständig, obwohl das Expertengremium gerade diese Aspekte immer wieder als besonders wichtig hervorgehoben hat und auch aus der Literaturrecherche des IQTIG deren Wichtigkeit hervorgeht:

- Supervision oder Intervision, QZ
- Therapeutische Beziehung und therapeutischer Entwicklungsprozess
- Fortbildungen

Da hier die Beschränkung der Qualitätsaspekte offensichtlich nur nach der Maßgabe erfolgte, ob eine statistische Erhebung im Verlauf gut möglich sei, bleiben durch die Auswahl gerade wichtige Qualitätsaspekte außen vor. Die damit ausgewählten Qualitätsaspekte lassen sich zwar möglicher Weise besser numerisch oder quantitativ erheben, aber bilden nicht mehr unbedingt die zentralen Punkte der Qualitätsbildung einer psychotherapeutischen Behandlung ab. Um hier eine bildliche Analogie zur Veranschaulichung zu verwenden: Die Qualität eines Autofahrers könnte damit erfasst werden, wie lange der Autofahrer für eine bestimmte Strecke benötigt, weil diese Zeitmessung am einfachsten durchzuführen ist und eine klare Metrik in der Erfassung beinhaltet, die für klare Benchmarks verwendet werden kann. Damit wäre eine klare Quantität der Aussage möglich, die aber letztendlich keinen wirklich sicher verwertbaren qualitativen Inhalt hätte. Dann ist es eine Frage danach, welche Aussagekraft solche geforderten Benchmarks haben können oder welche Interpretation in solche Benchmarks gelegt wird, um ein Ergebnis vorweisen zu können. Um eine wirkliche Qualitätssicherung handelt es sich dann aber sicher nicht mehr, sondern eher um Sammlungen von großen Datenmengen und Scheinkorrelationen ohne belegte sinnhafte oder für eine Qualitätsverbesserung sinngebende Zusammenhänge.

Problematisch ist darüber hinaus nicht nur die Frage, wie die Qualität des Ergebnisses erhoben und dargestellt wird, sondern welcher Anteil davon vom Therapeuten zu verantworten und zu beeinflussen ist. So können Parameter wie z. B. zur Symptomatik, Patientenbefragungen zur Patientenzufriedenheit oder Einschätzungsskalen zu von Patienten entwickelten Fähigkeiten durchaus darstellen, welchen Erfolg eine Behandlung aus unterschiedlichen Sichtweisen gehabt hat. Auch könnte über andere Erhebungsverfahren gut dokumentierbar sein, wie gut ein psychotherapeutischer Prozess gewesen ist oder gewirkt hat. Aber damit kann keine eindeutige Aussage darüber getroffen werden, auf Grund welcher Zusammenhänge das Ergebnis zustande gekommen ist und schon gar nicht dazu, welcher Anteil im Einflussbereich des Psychotherapeuten gelegen hat und was die Behandlung im Einzelfall verbessert hätte. Wenn hier der Anspruch einer individuellen Erhebung gefordert wird, um Einzelvorfälle zu erfassen, dann muss eine solche QS auch eine sinnvolle Rückführung auf genau diesen Einzelprozess ermöglichen. Einige Schätzungen des Einflussgrads des Psychotherapeuten auf eine gut verlaufende Behandlung, gehen von einem Einflussgrad von etwa 40% aus.

Rafting des Expertengremiums zum Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Die eigentliche Arbeit des Expertengremiums beginnt mit der Diskussion und dem Rafting der vom IQTIG erarbeiteten Qualitätsmerkmale (QM). Um Qualitätsmerkmale (QM) durch das Expertengremium bewerten zu lassen, werden entsprechend des Auftrags durch den G-BA fünf unterschiedliche Bewertungskriterien zu den oben beschriebenen Qualitätsaspekten und den dann daraus formal abgeleiteten Qualitätsmerkmalen den Experten zu einem Rafting vorgelegt:

- Potenzial zur Verbesserung
- Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer

- Diagnoseunabhängigkeit
- Unabhängigkeit vom angewandten Psychotherapieverfahren
- Anwendbarkeit auf die Systemische Therapie

Das Quorum, dass die bewerteten QM in der Bewertung erreichen sollten, um als QM in die weitere Auswahl einer QS zu kommen, wurde vom IQTIG im Expertengremium mit 75% angegeben. Das hat den Hintergrund, dass der Auftrag an das IQTIG war, das ein QS Verfahren zur Qualitätsverbesserung in der ambulanten Psychotherapie gefordert war, das Diagnoseunabhängig und Verfahrensunabhängig, also auch auf die systemische Therapie anzuwenden sei sowie den Psychotherapeuten in der Qualität seiner Arbeit bewerten können soll. [redacted]

> *Aus meiner Sicht können keine der vom IQTIG entwickelten QM die Kriterien der Diagnose und Verfahrensunabhängigkeit zusammen mit der Zuordenbarkeit zum Leistungserbringer bei einem notwendigen Verbesserungsbedarf gleichzeitig erfüllen.)*

Das Expertengremium hat hier aber seine Arbeit nicht abgebrochen, um inhaltlich, aus den Vorgaben des IQTIG dennoch sinnvolle Qualitätsmerkmale und sinnvolle Operationalisierungen entwickeln zu können, da das allgemeine Interesse und Engagement des Expertengremiums hoch war, sich weiter an der Erarbeitung guter Qualitätsmerkmale zu beteiligen – auch wenn die Forderung nach hohem Verbesserungspotential bei gleichzeitiger Diagnose- und Verfahrensunabhängigkeit sowie Zuordenbarkeit zum Verantwortungsbereich des Psychotherapeuten, so nicht erfüllbar war.

In der Folge entwickelte sich zwischen den Experten eine gute Diskussion, wie eine QS trotzdem weiterentwickelt werden könne, im Sinne und zum Ziel sowohl der internen Dokumentation schon jetzt hoher Qualitätsstandards, als auch um eine externe Überprüfbarkeit zu ermöglichen, sicher auch im Ersatz für das ab 2021 abzulösende Gutachterverfahren. [redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

Die ursprünglich vom IQTIG formulierten QM entsprechen größtenteils nicht den realen Vorgängen, die in einer Psychotherapie eine wichtige oder zentrale Bedeutung haben. Die QM, die das IQTIG entwickelt hat, entsprechen einer normativen Betrachtungsweise. Zentrale und qualitätsrelevante Punkte in einer Psychotherapie sind aber partizipative und reflektierende Betrachtungsweisen. Entsprechend schlage ich vor die Bezeichnung, Ziel und Rationale der QM grundlegend zu überarbeiten, da sonst kein für die Psychotherapie maßgeblicher oder qualitätshebender Prozess oder Wert dokumentiert werden kann. Ein Verfahren zur allgemein vergleichenden Messung eines allgemeinen Outcomes gibt es für die Psychotherapie bisher nicht. Im Weiteren vertrete ich folgenden Standpunkt:

- *Qualitätsverbesserungen sind nur durch Verbesserungen des Therapieprozesses möglich. Dazu kann der Therapieprozess durch Super- oder Intervision begleitet werden. Einem standardisiertem Verfahren entnommene Ergebnisqualität kann diesen Prozess nicht widerspiegeln. Ergebnisse standardisierter Verfahren können, sofern dafür eine Indikation vom Psychotherapeuten gesehen werden kann, aber wichtiges Mittel interner Qualitätssicherung, kann Verfahrens und diagnoseabhängig den Therapieprozess unterstützen. Eine Ergebnisqualität kann aber nie eindeutig oder zu einem hohen festgesetzten Anteil dem Verantwortungsbereich der Psychotherapeuten zugeordnet werden. Dasselbe gilt für die Anwendung standardisierter Verfahren während des Prozesses. Eine Dokumentation, Vergleich und externe Überprüfung erfolgter Qualität kann nur über eine Dokumentation des Prozesses selbst erfolgen und nicht an Hand von Ergebnissen in sich heterogener Stichproben die dann unzulässig verallgemeinert werden. Im Sinne einer guten externen Dokumentation, zu einer externen Qualitätsbeurteilung, könnten hier die Qualitätsaspekte oder Qualitätsmerkmale des Behandlungsprozesses in folgendem Sinne erhoben werden:*
    - *Im Verlauf wichtige Merkmale können als vorgenommen oder beachtet dokumentiert werden. Dadurch könnten die Prozesse der direkten Rückmeldung*

einer internen QS gleich sichtbar werden und in den Behandlungsprozess einfließen, als prozesseigene Feedbackmöglichkeit und zur Stützung gerade der verfahrensunabhängigen Therapievariablen, die einleitend als besonders wichtig hervorgehoben wurden. Darüber dass z. B. in einer PVS angegeben wird, dass bestimmte Schritte oder Merkmale eines guten Therapieprozesses erbracht wurden, wäre eine Prozessqualität direkt extern dokumentierbar.

- *Quantitative Erhebungen können dabei den Therapieprozess in der Tiefe seiner Qualität nicht widerspiegeln. Quantitative Erhebungen lassen keinen Rückschluss darauf zu, in welchem Maße der Leistungserbringer verantwortlich für das Ergebnis verbesserter Testergebnisse ist. Da so gleichzeitig sowohl das Ergebnis einer Outcome Messung als auch die Menge der Durchführung von standardisierten Verfahren kein guter Prädiktor für die vom Leistungserbringer zu verantwortenden Behandlungserfolg ist, sollte und könnte gut auf diese Instrumente als etwas unbedingt verpflichtendes verzichtet werden. Auch im Sinne dessen eine QS sparsam zu halten, ist ein Verzicht darauf anzuraten. Einzelnen Teilnehmer verwiesen aber auf das wichtige Interesse der Forschung an solchen Erhebungen.*
- *Zentraler Punkt einer Psychotherapeutischen Behandlung ist dagegen der dialogische Austausch und die Einbeziehung und Beteiligung des Patienten daran. An Verbesserungen der Behandlung können deswegen auch nur im dialogischen Austausch mit dem Patienten gearbeitet werden oder über Fallvorstellungen in Inter- oder Supervision „relational diskutiert werden“, damit die Ergebnisse auch direkt wieder in die Behandlung zurückfließen können.*

Zu der Verwendung von standardisierten Verfahren stelle ich im Einzelnen fest, dass:

- *Standardisierte Verfahren einen unzulässigen Eingriff in die Behandlung darstellen, da sie eine Form der Intervention sind,*
- *Fehlanreize schaffen,*
- *nicht unbedingt die Qualität der Arbeit des Leistungserbringers widerspiegeln oder dokumentieren können,*
- *nicht den Prozess selbst, mit seinem dialogischen Austausch, die therapeutischen Beziehung oder das was der Patient für sich selbst als wichtig erachten könnte, im Blick haben,*
- *nur der Psychotherapeut entscheiden kann, wann welcher Test anzuwenden ist oder auch kein Test benötigt wird oder kontraindiziert ist. Die Hoheit zur Indikation für Testanwendung hat bei Psychotherapeuten zu bleiben. Im Beziehungsaufbau und in der Übertragungsentwicklung kann es durch die Anwendung standardisierter Verfahren zu einer Störung der Behandlung kommen.*

Auch sind standardisierte Erhebungen, wie gerade aufgezeigt, nicht das zentrale Mittel um den Therapieprozess zu verbessern oder wie ein entsprechendes dafür notwendiges Feedback gestaltet werden kann, sondern können das Feedback auch stören (vor allem bei psychodynamischen Verfahren z. B. deutlich störende Einflüsse auf die Übertragungsentwicklung haben). Nur wenn standardisierte Erhebungen in die gemeinsame Reflexion und den partizipativen Austausch gut eingebunden werden können, können sie Qualitätsverbessernd wirken, aber nicht alleine deswegen, weil es sich um ein standardisiertes Verfahren handelt. Gerade auch in psychodynamischen

Verfahren, aber auch in VT und ST wird sehr viel Feedback über den dialogischen Austausch geleistet, der dazu aber nicht zwingend standardisierte Verfahren benötigt, standardisierte Verfahren bei einem partizipativen Austausch auch die Behandlung maßgeblich stören können. Daraus ergibt sich eindeutig, dass standardisierte Anwendungen maximal eine „kann" Anwendung sind, aber keine Verpflichtung darstellen können – auch wenn sicher in vielen Fällen eine Testanwendung sinnvoll sein könnte – vor allem zur internen Qualitätssicherung, aber keine Aussage zu irgendeinem Benchmarking zulassen.

Hinzu kommt, dass es für die psychodynamischen Verfahren (AP und TP) kein spezifisches standardisiertes Verfahren gibt. Auf psychodynamische Verfahren ausgerichtete projektive Tests dienen dazu unbewusste Inhalte sichtbar zu machen und sind für Wiederholungs- oder Vergleichsmessungen ungeeignet. Die OPD wurde vor allem für spezifische Forschungszwecke entwickelt und wird bisher nur in einem sehr begrenzten Rahmen in Forschung und Ausbildung angewendet, ist nicht frei zugänglich und auch nicht generell immer sinnvoll.

Anstelle einer hier im Grunde nicht möglichen Datenerfassung über standardisierte Verfahren schlage ich vor die QS als eine prozessbegleitende QS zu entwickeln, in der es auf die Dokumentation ankommt, dass der dialogische Austausch und die Einbeziehung des Patienten an den für die Merkmale wichtigen Phasen des Prozesses zu dokumentieren ist, und damit das Vorhandensein dieses wichtigen Teils in seiner Ausführung nachvollziehbar dokumentiert werden kann (Therapiezielvereinbarung, Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf, Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes). Dazu müssten Im Fokus vor allem Prozesse der gemeinsamen Reflexion mit dem Patienten stehen. Dieser Fokus wäre dann diagnose- und verfahrensunabhängig und außerdem in großen Teilen der Verantwortung des Psychotherapeuten zu zuschreiben.

Das Festhalten an der Anwendung standardisierter Verfahren (Referenzbereich ≥ 95% im aktuellen Vorbericht es IQTIG) ist dabei aus meiner Sichtweise eine Sackgasse, da, wie zuvor schon festgehalten, mit standardisierten Verfahren die Qualität des psychotherapeutischen Prozesses nicht erfassbar ist und die Anwendung standardisierter Verfahren die Behandlung nicht verbessert, sondern den Behandlungsaufwand nur zusätzlich erhöht (s. Wittmann et al). Die in der Auflistung der Indikatoren der Qualitätsmerkmale zitierten Richtlinien und Forschungsarbeiten sind dabei sehr häufig diagnose- und verfahrensabhängig oder beziehen sich auf eine psychiatrische Diagnostik oder psychiatrische Dokumentation. Deswegen muss davon ausgegangen werden, dass sich die hier zitierten Richtlinien oder Forschungsarbeiten gar nicht ohne weiteres auf die Situation der Richtlinienpsychotherapie, mit den daraus erwachsenden Anforderungen und Rahmenbedingungen, übertragen lassen.

Eine Pflicht zur Anwendung standardisierter Verfahren stellt zudem einen Eingriff in die Behandlungshoheit des Psychotherapeuten dar, da jeder Test auch eine Form der Intervention ist. Psychotherapie darf hier nicht mit einer Art von Schule oder Schulung verwechselt werden, und funktioniert auch nicht in selber Weise wie somatische Behandlungen. Sie baut auf eine therapeutische Beziehung auf, die auf Augenhöhe, wertschätzend und sehr achtsam sein muss. Die Anwendung standardisierter Verfahren kann hier auch störend wirken, den im Zentrum stehenden partizipativen Ansatz beschädigen.

Als Grundüberlegung möchte ich außerdem darauf hinweisen, dass auch wissenschaftlich gesehen recht übereinstimmend ein gutes Behandlungsergebnis mit Variablen zusammenhängt, die etwas über die Gestaltung und den Ablauf des Psychotherapieprozesses aussagen und vor allem mit der Partizipation des Patienten an diesem Behandlungsprozess zusammenhängen. Im Vordergrund stehen dabei

- *der Dialog mit dem Patienten,*
- *die Herstellung einer wohlwollenden Atmosphäre,*
- *ein gemeinsames Erarbeiten und Besprechen der Ausgangssituation des Patienten, der Therapieziele und der Behandlungsplanung.*
- *ständige Rückmeldeschleifen zum Fortschritt der Behandlung und zur Qualität der Beziehung zwischen Psychotherapeut und Patient,*
- *Rückmeldungen und gemeinsame Vereinbarungen darüber ab wann das Ende der Behandlung eingeleitet werden kann*
- *Ein in der Endphase wichtiger Dialog zwischen Patient und Psychotherapeut, der auf eine Ablösung und Verselbstständigung hinarbeitet, aber auch Möglichkeiten von Unterstützung nach Behandlungsende erarbeitet – die auch außerhalb der bisher besuchten psychotherapeutischen Praxis liegen können.*

Da diese Qualitätsaspekte – wie oben schon festgestellt – nicht operationalisiert bzw. standardisiert vergleichbar erhoben werden können, schlage ich vor, als Erhebungsform für die QS, es so zu dokumentieren, dass die unten formulierten Qualitätsmerkmale als z.B. „erfolgt“ oder „nicht erfolgt“ angegeben werden. Die darin dokumentierten Ergebnisse des Behandlungsprozesses dürfen dabei, schon aus Datenschutzgründen, durch die externe QS nicht erfasst werden.

Auch aus dieser Perspektive ergibt sich, dass eine zwingende Verwendung standardisierter Erhebungen oder die Vorgabe einer bestimmten Quote dafür, nicht als relevantes Merkmal oder relevanter Aspekt einer extern vergleichenden punitiven QS gesehen werden kann, da keine unbedingte Notwendigkeit für die Anwendung solcher Verfahren besteht, eine Anwendung auch kontraindiziert oder kostensteigernd sein kann . Alleine wissenschaftliche Ambitionen nach einer generellen oder regelhaften Anwendung von standardisierten Erhebungen rechtfertigt einen solchen zwingenden Einsatz nicht. Auch oder gerade, weil im Gegensatz dazu standardisierte Erhebungen in der internen QS eine Rolle spielen können, sei hier hervorgehoben, dass sie dort in der internen QS eine vollkommen andere Funktion haben, die mit den Vorstellungen oder Vorgaben des IQTIG über eine externe QS nur wenig zu tun haben. Die Qualität einer psychotherapeutischen Behandlung liegt in der Gestaltung des Therapieprozesses und darin, wie in der Zusammenarbeit mit dem Patienten der Prozess dazu führt, dass der Patient eigene Ressourcen entdeckt und entwickelt. Standardisierte Verfahren können diesen Prozess in seiner Vielfältigkeit nicht erfassen.)

Der finale Vorschlag des IQTIG besteht dann darin, die Verwendung von standardisierten Verfahren verpflichtend einzuführen, aber die Verpflichtung zu Reihen oder Vergleichsmessungen aufzuweichen – aber eben nicht vollkommen fallen zu lassen. Warum das fachlich und sachlich nicht überzeugen kann wurde weiter oben schon dargestellt und wird später auch noch mal ausführlich behandelt. [redacted]

[redacted]

Im Indikatorenset 1.0 zeigt sich aber auch insgesamt keine wirklich ambitionierte Aufnahme partizipativer Vorgänge. Eine gerade in den letzten Sitzungen auch vom IQTIG beschworene Abkehr von der Sichtweise einer biophysisch funktionierenden Psychotherapie und dem entsprechenden hierarchischen Modell einer bio-medizinischen oder bio-physischen QS wurde hier nicht wirklich ersichtlich, sondern doch eher beibehalten. Gemeinsame Reflexionen, gemeinsames Erarbeiten und Besprechen mit dem Patienten blieben in dem jetzigen Entwurf des Indikatorensets 1.0 in der praktischen Umsetzung unberücksichtigt. Stattdessen wird der Psychotherapeut angewiesen vom Patienten Vereinbarungen zu verlangen, die überprüft werden müssen oder die Entwicklung des Patienten insgesamt zu erheben und zu überprüfen, so als wäre der Prozess der Behandlung und Heilung des Patienten in dieser Art vor allem von außen steuerbar. Ein solches Bild der Psychotherapie entspricht nicht dem, was eine Psychotherapie wirklich beinhaltet oder was deren Qualität oder Wert wirklich ausmacht. Die Qualität einer Psychotherapie kann so nicht valide abgebildet werden und kann deshalb auch zu keinen Qualitätsverbesserungen führen. Deshalb möchte ich aus den zurückliegenden Diskussionen und Auseinandersetzungen im Expertengremium den Entwurf des Indikatorensets 1.0 im Folgenden hinsichtlich der im Expertengremium erarbeiteten Anforderungen weiterentwickeln.

4. Eine Alternative: Praxisnah und tatsächlich qualitätsfördernd

Dass 2016 16% der Patienten mit standardisierten Testverfahren getestet wurden, ist vom IQTIG wohl als Qualitätsmangel gesehen worden, der zu schlechten Behandlungen führe. Aber diese Zahlen können nicht beweisen, dass darin tatsächlich ein wesentlicher Mangel bestehe. Wenn das ein wesentlicher Mangel wäre müssten 2016 ca. 80% der erfolgten Behandlungen schlecht gewesen sein. Insofern zeigt sich der Unsinn dieser Argumentation, dass mit einer höheren Anzahl von Testungen eine Verbesserung der Behandlungen einhergehen würde und darin ein wesentliches Verbesserungspotential liegen würde.

Eine Art Vorlage für die Intension des IQTIG zu einer QS für die ambulante Psychotherapie kann weiter in einer durch das IQTIG öfter zitierten Metaanalyse von Lambert et al (2018) und in den Empfehlungen der Autoren gesehen werden, auch wenn das im Bericht des IQTIG nicht explizit benannt wird. Darin wurden unterschiedliche Formen standardisierter Feedbacksysteme (ROM) gegen ein nicht näher differenziertes oder erfasstes Vorgehen „as usual“ untersucht. Was mit „as usual“ genau gemeint ist, ist bei den in die Metaanalyse aufgenommenen wissenschaftlichen Arbeiten wohl recht unterschiedlich. Als Grund für schlechte Therapieprozesse und Therapieausgänge machten Lambert et al aus, dass die Psychotherapeuten ihre Patienten nicht richtig eingeschätzt hätten und deswegen kein angemessenes Feedback hätten geben könnten. Entsprechend würde eine Einschätzung über standardisierte Verfahren, so jedenfalls Lambert et al, zu einer besseren Einschätzung, einem angemessenerem Feedback und darüber zu einem besseren Therapieergebnis führen. Etwas 2/3 der Studien bestätigten die Hypothese von Lambert signifikant. 1/3 der Studien kamen zu einem anderen Ergebnis. Hier alleinig die fehlende standardisierte Anwendung als maßgeblich zu benennen ist ganz sicher zu kurz gegriffen, besonders auch bei einem so gespaltenen Ergebnis. Damit ist eine verallgemeinernde Aussage, dass die Verwendung standardisierter

Verfahren den Therapieprozess und das Ergebnis generell immer verbessern würden, nicht zulässig. Die herangezogenen Studien basieren außerdem auf Behandlungen vor allem im stationären Bereich, Tagesklinken oder Beratungscenter an Universitäten, die einen anderen Behandlungsrahmen bilden, als ambulante Richtlinienpsychotherapie. Damit sind diese Studien für eine ambulante Richtlinienpsychotherapie ohnehin auch nicht gesichert repräsentativ. Nur auf Grund solcher Erhebungen eine Testanwendung praktisch vorzuschreiben wäre genau eine unbedingt zu vermeidende Einmischung in Behandlungsplan und Durchführung der Behandlung. Repräsentativ für Richtlinienpsychotherapie ist dagegen die TK-Studie von Witmann et al (2010). Diese Studie wird hier aber nicht mal angegeben oder auch nur ansatzweise diskutiert.

Wittmann et al (ebd.) kommen nämlich dagegen zu folgenden Ergebnissen hinsichtlich ambulanter Richtlinienpsychotherapie: Die Verwendung von standardisierten Verfahren, führt im Ergebnis, im Gegensatz zu einer Behandlung ohne die Verwendung standardisierter Verfahren, **zu keinen qualitativen Unterschieden** (Wittmann et al ebd., S 158) Die Verwendung standardisierter Verfahren führt dabei sogar noch zu einem etwa 10% höheren Behandlungsbedarf (ebd. S. 143) – etwa 0,5 mehr Sitzungen in der Probatorik und 4 Sitzungen mehr in der Richtlinienpsychotherapie, ohne dass das Behandlungsergebnis besser gewesen wäre. **Das entspräche aktuell ca. 150 Mill. € zu erwartender jährlicher Mehrausgaben durch die Einführung einer generellen Testpflicht in der ambulanten Psychotherapie.** Entsprechend hatte sich die TK dann auch entschieden dieses Projekt nicht weiter zu verfolgen. Warum das IQTIG gerade glaubt Qualität mit einer Erhebung von QS-Merkmalen generieren zu können, die sich schon im TK-Projekt als zu aufwendig und unbrauchbar erwiesen haben, erschließt sich mir nicht. Wenn man aber aus ideologischen Gründen standardisierte Verfahren trotzdem zu einer externen QS machen möchte, dann ist es nachvollziehbar, warum die Studie von Witmann et al vom IQTIG nicht rezipiert worden ist.

Gleichzeitig ist hervorzuheben, dass gerade das Expertengremium genau die Wichtigkeit solcher (Feedback-) Reflexionen, partizipativer Teilnahme der Patienten usw., unabhängig davon ob sie standardisiert oder in freier methodengeleiteter Form sind, als wichtiger Anteil psychotherapeutischer Qualität sehen und das Vorhandensein solcher Reflexionen in einer QS dokumentiert sehen wollen.

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

Ein rein biophysisches Krankheits- und Behandlungsmodell könnte sich durch standardisierte Verfahren sicher gut erfassen lassen und von standardisierten Verfahren deutlich profitieren. Psychotherapie beinhaltet aber weder ein biophysisches Krankheits- noch ein biophysisches Behandlungsmodell. Psychotherapie beinhaltet ein interaktives Krankheitsmodell und ein partizipatives, reflektierendes und selbstbestimmtes Behandlungsmodell. Anregungen und Beispiele für einen entsprechenden anderen Ansatz einer QS, auf Basis der Ausarbeitungen des IQTIG, wurden gegeben und werden später noch einmal genauer ausgeführt. Das standardisierte Verfahren als Prädiktor für eine gute Qualität in der Psychotherapie nicht geeignet sind, wurde ebenfalls ausgeführt. Über Ergebnisse aus standardisierten Verfahren werden sich auch keine für ein realistisches Benchmarking standardisierbare Ergebnisse ableiten lassen. Die generelle Anwendung von standardisierten Verfahren als Maßstab für ein Benchmarking zu nehmen, dass gute Psychotherapie belegen soll, ist ebenfalls ein Gedanke, der nur einem biophysischen Modell entsprechen kann aber den Anforderungen einer QS in der Psychotherapie nicht gerecht werden kann.

Insgesamt sehe ich damit folgende Bereiche als zentrale Problematik der Entwicklung einer QS für die ambulante Psychotherapie:

- *Heterogenität der Grundgesamtheit*
- *Mögliches Festhalten an einem bio-physischen oder bio-medizinischen hierarchischen Qualitätsbegriff, der selbst in der somatischen Medizin schon oft nicht mehr vertreten wird.*

- *Eine Sichtweise, die Psychotherapie als gut planbare und in einem bestimmten Zeitraum anschließbar sieht, mit fest definierbaren Endpunkten.*
- *Dass durch eine klassisch hierarchische QS der partizipative Gedanke an der Behandlung nicht repräsentiert werden kann*
- *Dass durch den Auftrag des Gesetzgebers Erfassungsinstrumente und Vorgaben für eine solche Erfassung Einzug erhalten, die nicht dem fachlichen Vorgehen der Psychotherapie entsprechen, sondern einem antiquierten biophysischen Modell der Psychotherapie und einem biophysischen Modell einer QS. Die ein vollkommen falsches Bild der Psychotherapie entwerfen können, das in der Öffentlichkeit gefestigt werden könnte. Dieses Bild könnte sich dann auch in der Psychotherapie selbst festigen und auf Grund fehlleitender Vorgaben einer QS, Psychotherapeuten dazu zu zwingen könnten, wieder zu einem hierarchischen biophysischen Modell zurückzukehren.*
- *Auch stellt sich die Frage, wie schon bestehende QS (z.B. Super- und Intervision) in eine weiterführende QS integriert werden könnte.*

Nur im Bewusstsein dieser Problematik können Eckpfeiler herausgearbeitet werden, deren Vorhandensein sowohl die von Psychotherapeuten zu verantwortenden Aspekte der Patient-Therapeuten-Beziehung wiederspiegeln, als auch den Vorgang beinhalten, wie die Ergebnisse, die sich aus der Patient-therapeuten-Beziehung ergeben haben, wieder in die Behandlung zurückgespiegelt werden können. Das erachte ich auch letztendlich deswegen für wichtig, da eine Patientenbefragung die Patient-Therapeuten-Beziehung nur allgemein betrachten, aber nicht die Aspekte differenziert herausstellen kann, die davon im Verantwortungsbereich des Psychotherapeuten liegen. Im Verantwortungsbereich des Psychotherapeuten liegt dabei nicht unbedingt das Ergebnis oder die Vorgänge, die der Patient wahrgenommen hat, sondern die Vorgänge, für deren Initiierung und Abarbeitung der Psychotherapeut grundlegend verantwortlich ist. Da die Behandlung und die Beziehung zum Psychotherapeuten für den Patienten emotional sogar ein und dasselbe bedeuten können, wird der innere rationale Abstand für valide und reliable Antworten oft nicht in dem Maße bestehen können, wie es bei Produktbewertungen oder der Bewertung medizinischer Behandlungen der Fall ist oder wie es für eine valide und reliable Befragung notwendig wäre. Insofern müsse dann eine Erhebung zur QS die Information beinhalten, ob bestimmte Vorgänge fachgerecht initiiert oder abgearbeitet worden sind. Zentrale Wichtige Vorgänge sind hier z. B. dass der Patient vom Psychotherapeuten initiiert werden muss gemeinsam zu reflektieren. Methodik, Hilfsmittel, Inhalte, Ergebnisse oder Bewertungen etc. können im Bereich der Psychotherapie dabei nicht Inhalt der Informationen sein, die eine vergleichende QS benötigt, sondern nur Inhalt einer internen dialogischen QS, über z.B. Intervision, QZ usw.

Als Schlussfolgerung daraus ergibt sich folgende Überlegung: Es ist möglich in den verschiedenen als qualitätswichtig erachteten Abschnitten oder Übergängen in einer Psychotherapie reflektierende und partizipative Schritte einer Psychotherapie zu beschreiben. Erfassen ließe sich dann, ob die mit dem Patienten im jeweiligen Abschnitt erforderlichen und durchgeführten Reflektionen partizipativ und gemeinsam durchgeführt und besprochen worden sind, und Entsprechendes dokumentiert wurde.)

Damit geht es nicht nur darum die nicht wirklich zu lösenden Probleme in der generellen Verwendung standardisierter Verfahren aufzuzeigen, sondern eine wesentlich besser

durchdachte und den realen Qualitätsaspekten einer Psychotherapeutischen Behandlung entsprechende QS zu entwickeln.

Anstelle weiter direkt zu dem Ergebnis des Vorberichts vom 22.03.2021 Stellung zu nehmen, werde ich im Folgenden zunächst eine aus dieser Diskussion ableitbare mögliche Alternative zu der vom IQTIG vorgestellten QS entwickeln, folgerichtig aus den noch in den vorangegangenen Treffen diskutierten Ansätzen. In diesem Zusammenhang muss aber auch erwähnt werden, dass das IQTIG in einem Punkt inzwischen von seinen Forderungen nach standardisierten Verfahren abgerückt ist: Es soll nun nicht mehr verpflichtend die Symptomatik und das Funktionsniveau im Verlauf mit einem standardisierten Verfahren festgehalten werden. Hier hat man wohl verstanden, dass der Verlauf von Symptomatik und Funktionsniveau keine sichere Angabe darüber machen kann, ob der Psychotherapeut seine Arbeit gut gemacht habe. Da es durchaus in einigen Merkmalen oder Items Einigkeit besteht, werde ich mich formal (auch zur Übersichtlichkeit) an das vom IQTIG erarbeiteten Indikatorenset 1.0 halten. Kritikpunkte und daraus resultierende alternative Vorschläge werde ich in diesem Zusammenhang formulieren. Dabei ist vor allem die inhaltliche Schwäche hinsichtlich der genauen Bedeutung oder des realen Qualitätspotentials vieler Abfragen und zusätzlich die Redundanz vieler Items aufgefallen. Insbesondere ist der partizipative Gedanken zwar aufgenommen worden, aber nicht durch alle Qualitätsziele, die jew. Rationale und die Items durchdekliniert worden. Auch das werde ich hier Ergänzen oder nachholen. Ein weiterer Punkt ist der große Umfang der Items der durchzuarbeiten und zu dokumentieren ist (ca. 78 Items mit entsprechender Dokumentation) – und nach den bisher geplanten Vorgaben auch für KZT oder Kriseninterventionen von 3 oder 6 Sitzungen vorgenommen werden müsste. Auch dazu werde ich mögliche Änderungen einbringen. (Anmerkungen sind wieder Auszüge oder Zusammenfassungen aus konsentierten Protokollen einiger Teilnehmer des Expertengremiums.)

1. <u>Diagnostik:</u>

1.1: Basis für diagnostische/s Gespräch/e und Dokumentation des Gespräches /der Gespräche. (Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung von behandlungsrelevanten Dimensionen)

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

Das diagnostische Gespräch ist ein fortlaufender Prozess. Deswegen ist das Abschließen der Diagnostik nicht Vorrausetzung für den Behandlungsplan oder Behandlungsbeginn, sondern begleitet diesen fortwährend. Insofern geht es dann um eine Eingangsdiagnostik. Folgende Merkmale betrachte ich obligat als verfahrensübergreifend und störungsunabhängig:

1. *Symptomatik*
2. *Diagnose der Störung*
3. *Biographische Anamnese mit Erfassung von Lebensqualität, funktionalen Einschränkungen*
4. *Medikation*
5. *Behandlungsgeschichte*
6. *Komorbiditäten, psychisch, somatisch.*
7. *Therapiemotivation*
8. *Aufklärung des Patienten zur Behandlung*

Fakultativ:

9. *Substanzmissbrauch*
10. *Suizidalität*

Als problematisch sehe ich, dass jedes der Items nicht nur einzeln, sondern auch noch in Unterpunkten abgefragt werden soll. Belege dafür, dass in der detaillierten, redundanten Abfrage ein tatsächlicher Verbesserungsbedarf liege, gibt es keine. Auch ist es immer ungünstig Variablen, die in direkter Abhängigkeit zu einer anderen schon erfragten Variablen stehen, gesondert zu erfragen, da hier oft einfach nur Redundanzen ohne wirkliche Trennschärfe oder Aussagekraft entstehen. Auch ist bei der Erfassung der QS-Merkmale wichtig, dass hier differenziert werden kann zwischen Vorgaben, die sich aus der Berufsordnung ergeben und Vorgaben, die tatsächlich für eine QS notwendig sind. Hier wäre deshalb vorzuschlagen folgende Items zusammenzufassen:)

DF 12: Wurde im Rahmen der Diagnostik in der Anfangsphase der Behandlung die Symptomatik erfasst? Ja / nein

Dieses Item beinhaltet schon DF 14, DF 15, DF 18. Alle vier Items sind ohnehin immer Bestandteil der Erfassung der Symptomatik, unter der der Patient leidet. Sonst wäre die Symptomatik nicht richtig erfasst. [redacted] Aber eine Einzelabfrage wird das Qualitätskriterium nicht verbessern, sondern nur den Aufwand erhöhen, da durch die Einzelabfrage eine Redundanz entsteht, so als würde man 4 mgibt es keineal dieselbe Frage stellen, die dann auch 4x mit ja beantwortet werden wird. Oder umgekehrt, wenn eines der 4 Items mit nein beantwortet werden würde, dann muss auch bei DF 12 automatisch ein nein stehen. Eine Differenzierung psychosomatischer Komorbiditäten kann hier außerdem gar nicht erfolgen. Wenn es hier ein generelles Problem gäbe, dass die Symptomatik nicht umfassend genug erfasst wird, dann wird die Aufschlüsselung der Items auch nicht helfen. Gleichzeitig hat schon der Konsiliarbericht über die somatischen Komorbiditäten aufzuklären. Mit der Beauftragung des Konsiliarberichts wäre das Item zur somatischen Morbidität ohnehin erfüllt. Eine Richtlinienpsychotherapie kann nur nach Einholung des Konsiliarberichts beantragt begonnen werden. Damit wäre dieses Item sogar besonders redundant und würde schon deshalb wegfallen müssen.

Bei genauerer Betrachtung wäre hier anstelle der Aufzählung möglicher einzel- und differentialdiagnostischer Fragen eine weitere ganz andere Abfrage sinnvoll, wenn nicht sogar unbedingt notwendig:

- **DF AA)**: Es wurde eine differentialdiagnostische Abklärung vorgenommen und eine Diagnose gestellt. (Hier und im Folgenden nehme ich für neu formulierte Items einen neuen Bezeichnungsmodi). Ja / nein
- **DF 13:** Wurde im Rahmen der Diagnostik in der Anfangsphase der Behandlung die biographische Anamnese erfasst? Ja / nein

  Das beinhaltet zwingend schon DF 19, da DF 13 zum Ziel hat zurückliegende Gründe der Erkrankung, den im Laufe der Zeit entwickelten Leidensdruck und die aktuelle Lebensqualität zu erfassen, die sich daraus entwickelt hat. Ohne die Erfassung der Lebensqualität wäre die biographische Anamnese unvollständig.
- **DF 17:** Wurde im Rahmen der Diagnostik in der Anfangsphase der Behandlung die Behandlungsgeschichte **(inkl. Medikation)** erfasst? Ja / nein

  DF 17 umfasst DF 16, denn aus der Behandlungsgeschichte muss auch die aktuelle Vorbehandlung mit der dann noch aktuellen Medikamentierung hervorgehen. Ohne Erhebung der letzten Medikation wäre die Erhebung der Behandlungsgeschichte unvollständig. Das eine macht ohne das andere keinen Sinn. Auch hier wieder, zur Vermeidung der Redundanz, Kürzung auf ein Item.

➢ **DF 22, DF 23, DF 20 und DF 21** behalten ihr Alleinstellungsmerkmal

DF 24 ist an sich schon redundant, da es alle anderen Items beinhaltet. Würde man aber nur das Item DF 24 abfragen, wäre es zu allgemein.

1.2: Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten

[redacted]

Die Häufigkeit von Anwendung von standardisierten Verfahren geht schon aus der Abrechnung hervor. Das hier ebenfalls oder nochmals zu erheben ist redundant. Redundanzen sind zu vermeiden.

Als Rationale gib das IQTIG an:

> „Eine umfassende Diagnostik zu Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung, die durch den Einsatz quantitativer Messverfahren ergänzt wird, ist *Voraussetzung* für eine Behandlungsplanung und das Formulieren von Behandlungszielen, und ist somit unmittelbar von Bedeutung für die Patientinnen und Patienten und folglich ein patientenrelevantes Ziel.“ (Hervorhebung durch den Autor).

Diese Rationale entspricht nicht den Grundlagen von psychotherapeutischer Diagnostik. Der Einsatz quantitativer Messverfahren ist weder Grundlage noch zwingender ergänzender Bestandteil einer guten Diagnostik, also auch kein fester Bestandteil der *Voraussetzung*. Messverfahren können indikationsbedingt hinzugezogen werden. Ob sie Bestandteil der Diagnostik sein müssen oder können, oder aber kontraindiziert sind, darf und kann nur im Indikatiosspielraum des Psychotherapeuten liegen. Alles andere ist ein Eingriff die

Behandlungsgestaltung, die alleine dem Psychotherapeuten obliegt, nur ihm alleine obliegen darf und nicht in eine Rationale fachfremder Wissenschaftler gelegt werden kann.

[redacted]

> *Für die Anwendung von standardisierten Verfahren fordere ich nicht nur allgemein eine indikationsabhängige Anwendung dieser Verfahren, sondern explizit eine individuelle Indikation des Psychotherapeuten für die Anwendung von standardisierten Verfahren, die aber nur der Psychotherapeut in jedem Einzelfall stellen kann und darf. Also ein intelligentes Vorgehen, einer gezielten und individuellen Datenerhebung um redundante Erhebungen mit einer Fokussierung auf eher vordergründige standardisierte Erhebungen zu vermeiden, die zu einer Vernachlässigung von Kontaktaufnahme und des dialogischen Austauschs mit dem Patienten führen können.*

Wichtig ist es hier auch nochmal dringlich darauf hinzuweisen, dass es im Bereich der Psychoanalyse kein gängiges standardisiertes Erhebungsverfahren gibt und auch viele tiefenpsychologisch arbeitende Kollegen kein entsprechendes Erhebungsverfahren verwenden. Die OPD ist kein gängiges Verfahren, wird nur begrenzt vor allem in Forschung und Ausbildung eingesetzt, ist aber sonst nicht wirklich weiterverbreitet.

Auch sei hier nochmal auf die Studie von Wittmann et al (2010) verwiesen, die bei der regelmäßig grundsätzlichen Verwendung von standardisierten Erhebungsverfahren keine Verbesserungen der Diagnose oder der Behandlung feststellen konnten, mit einer gleichzeitig daraus ableitbaren Prognose von aktuell ca. € 150 Mio. Mehrausgaben für die ambulante Psychotherapie, wenn umgesetzt würde, dass standardisierte Verfahren regelhaft eingesetzt werden müssten.

Unter diesen Voraussetzungen ist die Erhebung dieses Merkmals nicht als sinnvoll zu erachten, sondern als kontraproduktiv. Die Ablehnung der Psychotherapeutenschaft gegenüber der zwingenden Verwendung psychometrischer Verfahren als Instrument externer QS und Benchmarking hat damit sehr sachliche Hintergründe.

Abrechnungsdaten belegen, dass in Deutschland, wahrscheinlich auch durch eine sehr gute Psychotherapieausbildung, eine gute Behandlungsqualität nicht von der Menge der durchgeführten Tests abhängen.

Auf die Erhebung dieses QM sollte deshalb verzichtet werden, da ein grundlegender oder grundsätzlicher Nutzen zur Verbesserung jeder Behandlung und die Bildung von Fehlanreizen und mögliche Störungen des Therapieprozesses nicht hinreichend geklärt sind.

Wenn man Abrechnungsdaten verwendet, darf diesen Daten, aus obigen Gründen, kein Referenzbereich zugeordnet werden. Das wäre ein Eingriff in die Behandlungs- und Indikationshoheit des Psychotherapeuten. Gleichzeitig wird eine Verpflichtung zu standardisierten Verfahren zu einer Vorselektion von Patienten führen, Patienten danach auszuwählen, ob sie problemlos Fragebögen ausfüllen können und wollen. Patienten, die

damit Schwierigkeiten haben – in der Psychotherapie vor allem den „dialogischen Austausch“, im Sinne des ursprünglichen Gedanken der Psychotherapie suchen, könnten dann dagegen von einer Behandlung abgehalten werden.

[redacted]

Folgendes zusätzliches Item könnte von Interesse sein:

- ***DF BA**) Erfolgte in der Anfangsphase im Rahmen der Diagnostik die Anwendung / Dokumentation von dem Behandlungsfall angemessenen Erhebungsverfahren. Ja / nein*

Damit könnten auch ein „dialogischer Austausch“ oder Reflexionen von Übertragung und Gegenübertragung das diagnostische Instrument sein.)

1.3: Dokumentation der Gründe für die Behandlungsentscheidung.

Entfällt.

[redacted]

2. <u>Therapiezielvereinbarung:</u>

2.1: Dokumentation (und Besprechung) von Therapiezielen im Behandlungsprozess. (Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen).

[redacted]

Daher kann es sich hier nicht um eine *Vereinbarung* von Therapiezielen handeln, sondern nur um eine *Besprechung, Formulierung oder Reflexion* darüber, denn es handelt sich hier nicht um einen Vertrag, der eingehalten und später überprüft werden muss, sondern darum Ressourcen des Patienten zu entwickeln, die nicht einfach vereinbart werden können, sondern sich erst im Laufe der Behandlung entwickeln und zeigen werden. Eine Vereinbarung würde aber einer Festlegung gleichkommen, die nicht den Erfordernissen einer möglichst vielfältigen Entwicklung des Patienten entspricht. Gleichzeitig ist der Unterschied in der Betrachtung von Zielen zwischen Therapeut und Patient zu beachten und wie hier mit Widerständen und Abwehr sorgsam umzugehen ist. Insofern ist die Vorgabe, dass Therapieziele gemeinsam vereinbart werden müssen fachlich möglicher Weise kontraproduktiv, da dann der Patient schon zu Beginn mit seinen Widerständen und seiner Abwehr konfrontiert wäre, die zu einem Behandlungsabbruch führen können. Zielvereinbarungen können sich zwar daraus auch entwickeln, sind aber aus fachlicher Sicht nicht das primäre Endziel dieser Phase der Behandlung.

Entsprechend sind die Formulierungen von Qualitätsziel und Rationale nicht sachgerecht ausgeführt, entsprechen nicht den fachlichen Gegebenheiten. Anstelle „vereinbaren“ muss hier „besprechen oder formulieren“ eingesetzt werden.

Um fachliche Relevanz und fachliche Nachvollziehbarkeit zu bekommen müssen die Fragen entsprechend neu formuliert werden:

- **DF CA)** Wurden in der Anfangsphase der Behandlung individuelle Therapieziele besprochen oder formuliert? Ja / nein
- **DF CB)** Wurden besprochene individuelle Therapie(teil)ziele in der Anfangsphase der Behandlung dokumentiert? Ja / nein

3. <u>Besprechung des Therapiefortschritts:</u>

[redacted]

Die verpflichtende Anwendung standardisierter Verfahren ist abzulehnen. Die Gründe dazu sind weiter oben schon ausführlich dargestellt worden und liegen vor allem in einem unzureichenden Nachweis der direkten, auf jede Behandlung übertragbaren Zusammenhänge von validierten Erhebungen zur Therapiequalität, in Problemen von möglichen Fehlanreizen oder Eingriffen in den Therapieverlauf durch solche Erhebungen und in der Kolportierung von für die Psychotherapie nicht zentral entscheidender Variablen. Deswegen kann und sollte hier das QM „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von Testverfahren im therapieverlauf“ entfallen. Auch hier gilt, dass die Erhebung, ob und welche Art von Testungen stattgefunden hat ohnehin über die Abrechnung schon stattfindet und Doppelerhebungen zu vermeiden sind sowie für diese Daten kein referenzwert festgelegten werden kann.

3.1: Dokumentation der Reflexion an Hand des Therapieverlaufs (Reflexion des Therapieverlaufs):

[redacted]

[redacted]

[redacted]

Meiner Auffassung nach steht bei diesem Item der therapeutische Dialog, mit dem Aufbau bestimmter Rückmeldungsschleifen, der eine Vielzahl von Komponenten beinhalten muss, im Mittelpunkt. Dazu zählen alle Komponenten aus dem diagnostischen Gespräch, Reflexionen über die Zielerreichung, weitere Behandlungsplanung, aber auch Fragen zum Setting selbst, was der Patient z. B. als hilfreich erachtet oder was nicht, was der Patient für weitere Entwicklungsschritte brauche usw.)

Ein Therapieziel kann auf unterschiedlichen Ebenen bestehen. Das Therapieziel des Patienten kann z.B. sein, seine Symptome los zu werden oder endlich den Partner seines Lebens zu finden, da nur dann die Depressionen verschwinden würden. Der Therapeut wird hier ggf. das Ziel der Introspektionsfähigkeit oder einer bessere Reflexionsfähigkeit formulieren. Aus dem Spannungsbogen zwischen diesen Ebenen können sich alle möglichen Zwischenziele im Laufe der Behandlung temporär entwickeln, die aber sicher nicht alle dokumentiert werden müssen oder können.

Im Rahmen der QS erfasste oder besprochene Inhalte oder Ziele extern weiter zu geben würde zu weit führen, darf auf keinen Fall angestrebt sein.

Da Psychotherapie ein Prozess ist, den der Patient durchläuft und wesentlich mitsteuert, haben standardisierte Variablen nur eine begrenzte Aussagekraft hinsichtlich des Prozesses selbst.

Problematisch wurde dann aber für das IQTIG die neue Überschrift auch mit entsprechenden Inhalten zu füllen. Vorgaben und Beschreibungen aus dem bio-physischen QS-Modell blieben in dem QM enthalten. Qualitätsziel, Rationale und Items gehen weiter von einer bio-physischen Betrachtungsweise einer QS und einer bio-medizinischen Grundlage und Funktionsweise psychotherapeutischer Arbeit aus. Vorgaben, wie sie aus dem bio-medizinischen Modell oder anderen hierarchischen Qualitätsmodellen kommen, sind keine zweckmäßig oder zutreffende Beschreibung qualitätsgebender Vorgänge einer Psychotherapie und können das auch nicht werden. Wenn eine Reflexion einen Veränderungsprozess initiieren und begleiten soll, dann kann der Psychotherapeut nicht von außen vereinbaren oder erheben, mit dem Ziel zu überprüfen, sondern der Patient muss sich in einen Veränderungsprozess begeben, der zunächst zwar einen Ausgangspunkt und ein Ziel hat, aber nicht die finale Zielerreichung im Vordergrund steht, sondern der Prozess der

strukturellen Veränderung des Patienten (so, wie auch als Indikation für die Richtlinienpsychotherapie in den Psychorichtlinien festgelegt). Eine gemeinsame Reflexion ist ein inhaltlich anderer Vorgang als eine Überprüfung. Eine Überprüfung ist ein einseitiger hierarchischer Vorgang zwischen Prüfer und Prüfling. Das entspricht nicht dem Verhältnis zwischen Psychotherapeut und Patient. Ein solches abhängiges Verhältnis sollte zwischen Psychotherapeut und Patient unbedingt vermieden werden. „Best-Practice“ einer Überprüfung im Rahmen der Psychotherapie ist eine gemeinsame Reflexion mit dem Patienten und sollte deswegen auch als Reflexion formuliert werden um Missverständnisse zu vermeiden.

Zudem ist bei „Vereinbarungen“ von Therapiezielen, wie auch schon unter 2.1 vermerkt, folgendes zu beachten: Die Vorgabe, dass Therapieziele gemeinsam vereinbart und damit festgelegt werden müssen, ist fachlich insofern kontraproduktiv, da dann der Patient schon zu Beginn mit seinen Widerständen auch inhaltlich konfrontiert werden müsste, was zu einem Behandlungsabbruch führen kann, der hier auf keinen Fall gewollt ist.

[redacted]

> *Ich halte es hier für notwendig die Formulierungen hinsichtlich einer Ausrichtung auf reflektierende und partizipative Vorgänge auch in der Beschreibung, dem Qualitätsziel und in der Rationalen aufzunehmen. Das ist hier nicht erfolgt.)*

Eine Überprüfung kann es nur in einem bio-medizinischen Modell geben, dass aber auf den Prozess einer psychotherapeutischen Behandlung nicht zu übertragen ist. Entsprechend ist auch schon das Qualitätsziel und die Rationale fehlerhaft. Auch hier ist der Wortlaut „Überprüfen“ durch den Wortlaut „Reflexion“ zu ersetzen. Sonst gehen fachliche Relevanz und Verständlichkeit verloren. Um fachliche Relevanz und bessere Verständlichkeit zu bekommen, sollte man folgendem Vorschlag folgen:

- **DF DA)** Erfolgte im Therapieverlauf eine Reflexion der für die Behandlung relevanten Dimensionen? Ja / nein
- **DF DB)** Wurde ein Ergebnis der Reflexion der für die Behandlung relevanten Dimensionen dokumentiert? Ja / nein

Im Folgenden geht es dann um die Überprüfung, ob Therapieziele erreicht wurden. Wenn maßgeblich ist, dass über die Therapieziele reflektiert wird, dann geht es nicht primär um deren Erreichung, sondern um deren Weiterentwicklung. Entsprechend müssen die folgenden Items ebenfalls an die fachliche Relevanz und Richtigkeit angepasst werden:

- **DF DC**) Ergab sich aus der Reflexion der Therapieziele eine Veränderung der Zielsetzungen? Ja / nein

Items, die nach der Dokumentation der Veränderungen fragen, können hier entfallen, da die dem zu Grunde liegende Dokumentation der Reflexion schon abgefragt wurde.

3.2.: Qualitätsindikator Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf

Wie für 1.2 schon festgestellt: Die Häufigkeit von Anwendung von standardisierten Verfahren geht schon aus der Abrechnung hervor. Deren Anwendung doppelt zu erheben ist redundant. Redundanzen sind zu vermeiden.

Eine generelle Anwendung von standardisierten Verfahren verbessert weder die Diagnostik noch verbessert es den Therapieerfolg. Es führt aber zu einer Ausweitung der Anzahl der Behandlungsstunden um etwa 10% (Wittmann et al 2010). Das entspräche aktuell Mehrausgaben von ca. 150 Mio. Euro für den Bereich der ambulanten Psychotherapie, ohne dass die Behandlung dadurch zu besseren Resultaten führen würde. So etwas ist nicht zu verantworten.

Die Anwendung von Testverfahren kann zwar in bestimmten Fällen der stationären oder teilstationären Behandlung oder an universitären Beratungszentren zu bessern Rückmeldeschleifen führen (Lambert et al 2018), aber diese Ergebnisse lassen sich, auf Grund der erhobenen Stichprobenauswahl, nicht gesichert auf eine Richtlinienpsychotherapie übertragen, und konnte auch in Lamberts Metastudie nicht für alle Studien verifiziert werden. Hieraus eine allgemeine Empfehlung abzuleiten entspringt keiner wissenschaftlichen Vorgehensweise, zumal die Studie von Wittmann et al (ebd.) das Fehlen solcher Unterschiede gerade im Zusammenhang mit der Richtlinienpsychotherapie differenziert aufzeigen kann und die generelle Anwendung von statistischen Erhebungsverfahren nicht empfiehlt. Auch das Problem von Fehlanreizen und Patientenselektion wurde schon unter Punkt 1.2. besprochen und gilt hier in selber Weise.

Außerdem ist anzumerken, dass eine Fokussierung auf standardisierte Erhebungen den falschen Eindruck erwecken, damit wirklich die Qualität der Psychotherapie ausreichend und umfassend beschreiben und erfassen zu können. Aber, wie schon aufgezeigt, hängt die Wirkung und Aussagekraft von standardisierten Verfahren in der Psychotherapie von der Indikation und den Möglichkeiten der Implementierung in das Behandlungsverfahren und in den Behandlungsplan ab und ist deswegen keineswegs immer in der hier geforderten Form möglich.

Dieser Qualitätsindikator ist daher als ungeeignet zu streichen. Wenn Abrechnungsdaten stattdessen verwendet werden, sollte für diese kein Referenzwert festgelegt werden.

4. Bereich Kooperation

4.1: Merkmal Kommunikation (Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten):

[redacted]

Aus meiner Erfahrung heraus gibt es 1. Keineswegs immer die Notwendigkeit einer Kommunikation mit anderen Leistungserbringern. 2. Steht das Gelingen einer Kommunikation oft gerade nicht im Verantwortungsbereich des Psychotherapeuten. Hier fordere ich strukturelle Qualitätsverbesserungen, z. B. durch

Fallmanager oder mehr Durchlässigkeit zwischen den Sektoren. 3. Sind Leistungen zur Kommunikation im EBM nicht angemessen abgebildet. 4. Benötigt es für diesen Austausch immer eine Schweigepflichtsentbindung. 5. Ergeben sich schlechte Erreichbarkeiten zwingend immer aus dem Arbeitsalltag der Leistungserbringern, die sich ebenfalls auch nur strukturell verändern ließen.)

Daraus ergibt sich die Frage, was hier überhaupt dokumentiert werden sollte oder könnte?

Worin diese Kommunikation oder der Austausch bestehen sollen ist in dem QM nicht ausreichend operationalisiert. Über das Ausstellen des Konsiliarberichts hat immer ein Austausch mit einem aktuell behandelnden Arzt stattgefunden. In welchen Fällen nachgewiesen worden ist, dass eine Kontaktaufnahme des Psychotherapeuten mit anderen Mitbehandlern die Behandlung verbessern soll bleibt auch unklar. Damit kann kein Verbesserungspotential – auch kein wie auch immer idealer Weise wünschenswertes, das auch zweckmäßig ist, zu Lasten des Psychotherapeuten formuliert werden. Bei der Behandlung von multimorbid Erkrankten ist es zwar evident, dass eine bessere Kommunikation und Zusammenarbeit notwendig ist, aber zu diesem Zweck wird die Komplexversorgung eingeführt. Hier aber auf die noch zu erstellenden Regelungen der Komplexversorgung vorzugreifen oder auf dort vorgesehene Behandlungsabläufe Einfluss nehmen zu wollen, ist nicht zielführend oder qualitätsverbessernd sondern kontraproduktiv und entspricht auch nicht dem hier zu erfüllenden Auftrag an das IQTIG.

Auch muss hier klar gestellt werden, dass es schon jetzt für alle relevanten Bereiche der ambulanten Psychotherapie im KV-Bereich klare Operationalisierungen und Abläufe gibt, die zwingend eine Kontaktaufnahme voraussetzen, ohne die Richtlinienpsychotherapie oder aus der Richtlinienpsychotherapie erfolgende Mit- und Weiterbehandlungen gar nicht erfolgen dürften (z. B. Überweisung für den Konsiliarbericht, Konsiliarbericht, Klinikeinweisung, zwingende Begründung der Notwendigkeit stationärer Behandlung gegenüber DRV, zwingende Angaben bei Verordnungen, Angaben im PTV 11, Berichte der Kliniken). Damit ist der normale Bedarf an Kommunikation ausreichend geregelt und überprüft.

Geht man wieder auf die Ebene der Problemanalyse möglicher Weise mangelnder Kommunikation eines besonderen Bedarfs zurück, ergeben sich, bei einem besonderen Bedarf eines Austauschs vor allem strukturelle Probleme in den Kommunikationsmöglichkeiten, die die Leistungserbringer durch viel persönlichen Einsatz dann oft genug versuchen auszugleichen. Wenn das nicht immer gelingt, dann darf die zu Grunde liegende strukturelle Schwäche nicht dem Leistungserbringer angelastet werden. Gerade weil es bekannt ist, dass in einem besonderen Bedarf diese strukturellen Schwächen bestehen, wird aktuell auch eine Komplexversorgung entwickelt, an der genau diese Patienten teilnehmen sollen, für die die hier erwünschte bessere Kontaktaufnahme wichtig ist. Damit kann bestenfalls für diese besonderen Fälle nur abgefragt werden, ob eine Kontaktaufnahme erforderlich war, und wenn ja, ob sie erfolgreich stattfinden konnte.

Welche Qualitätsverbesserung sich durch die redundante Einzelabfrage unterschiedlicher Arztgruppen oder anderer Professionen ergeben soll, erschließt sich dabei ebenfalls nicht und wird sich auch nicht qualitätsverbessernd auf die Richtlinienpsychotherapie auswirken, wäre eher als Bestandteil einer zukünftigen Komplexversorgung zu sehen. Wichtig ist hier festzuhalten, ob überhaupt der Bedarf zu einer solchen Kommunikation bestanden hat und ob er erfolgen konnte. Da der Erfolg eines solchen Kontakts nicht in der Verantwortung des Psychotherapeuten liegt, darf hierzu kein Referenzwert angegeben werden. Diese Abfrage wäre rein informativ, über das Ausmaß der strukturellen Defizite.

Aufschlussreicher dürfte dagegen für eine QS sein, ob der Kontakt erfolgreich war, also stattgefunden hat und eine für den Patienten gute Absprache o. ä. stattgefunden hat. Aber auch das liegt nicht vor allem im Verantwortungsbereich des Psychotherapeuten und hätte rein informativen Charakter über das Ausmaß struktureller Probleme solcher Absprachen, bei vor allem in einer Komplexversorgung zu behandelnden Patienten, ohne Referenzwert.

Eine so Umfassende Ermittlung, wie vom IQTIG vorgeschlagen, ist hier nicht als für eine QS notwendig anzusehen – vor allem da es sich ohnehin nur um eine Mitteilung handelt, auf die weitgehend vom Psychotherapeuten gar kein Einfluss genommen werden kann. Auch muss hervorgehoben werden, dass sowohl Einfluss auf den Behandlungsprozess als auch Verbesserungspotential durch eine möglichst hohe Anzahl oder Diversität von Kontakten zu anderen Leistungserbringern nicht besteht und es deswegen in keiner Weise nachvollziehbar ist, warum jede einzelne Kontaktmöglichkeit hier erfragt werden muss.

[redacted]

Anzumerken ist hier, dass es in weiten Teilen Deutschlands gleichzeitig an Fachärzten oder auch an anderen Fachkräften, wie Soziotherapeuten oder Angeboten häuslicher psychiatrischer Pflege mangelt, die es wichtig wäre für ein interdisziplinäre Behandlung hinzuzuziehen zu können, hier also für einen Psychotherapeuten nicht mal eine Möglichkeit einer Zusammenarbeit besteht.

Wenn man trotz obiger Einwände an diesem Qualitätsmerkmal festhalten will, dann kann das nur mit folgenden Einschränkungen geschehen:

- Kein Referenzwert, da Verantwortlichkeit des Psychotherapeuten vollkommen ungeklärt.
- DF 46, DF 47, DF 48, DF 55, DF 56, DF 57, DF 58, DF 59 und DF 60 können für informative Zwecke zusammengefasst werden zu:

  - **DF EA)** Erfolgte eine Mitbehandlung durch andere Leistungsanbieter? ja / nein
  - **DF EB)** War ein Austausch mit den Mitbehandlern notwendig und vom Patienten erwünscht? ja / nein
  - **DF EC)** Wurde der Vorgang und ggf. der Inhalt des Austauschs dokumentiert? ja / nein
  - **DF ED)** Ist der Kontakt erfolgreich gewesen. ja / nein

- Die Frage der Medikation ist Teil der Diagnostik und im fortfolgenden eigentlich eine Bringschuld des verschreibenden Arztes gegenüber dem Psychotherapeuten, sobald dem Arzt bekannt ist, bei welchen Psychotherapeuten der Patient in Behandlung ist. Aber es ist bekannt, dass das aktuell vollkommen anders gehandhabt wird, es dazu kein Reglement gibt. Aber es macht sicher keinen Sinn, wenn sich der Psychotherapeut zur Erfüllung der Items, für alle seiner 30 bis 100 Behandlungsfälle, etwa alle 3 Monaten mit allen Ärzten, bei denen seine Patienten dazu in Behandlung gewesen hätten sein können, in Verbindung setzt. Damit sind DF 52, DF 53, und DF 54 zu streichen.

- Da es seitens des EBM keine sinnvollen strukturellen Vorgaben gibt, wie sich der ambulant behandelnde Psychotherapeut mit dem Bezugspsychotherapeuten einer Klinik austauschen solle, sind die dafür vorgesehenen Items äußerst problematisch, da in ihrer Aussage damit inhaltslehr. Gleichzeitig besteht die Kontaktaufnahme und deren Dokumentation immer über eine erfolgte Einweisung, Reha-Antrag o.ä. und besteht damit ohnehin immer regulär. Entsprechend schreibt die Klinik immer Entlassungsberichte. Ein Austausch findet damit grundsätzlich erstmal statt, könnte schon deshalb immer nur bejaht werden. Damit ist eine rein formale Nachfrage überflüssig. Die Items DF 49, DF 50 und DF 51 sollten deswegen nicht verwendet werden.

5. Vorbereitung Therapieende:

[redacted]

5.1: Reflexion und Dokumentation des Therapieverlaufs mit der / dem Pat. hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie (Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie):

[redacted] Aber es gilt weiterhin, dass eine Erhebung quantitativer Faktoren zwar einfach und sicher erscheint, aber der Komplexität des individuellen Therapieverfahrens nicht Rechnung tragen kann und deshalb eine Erhebung solcher Daten nicht die Qualität einer Therapie sicher darstellen bzw. einfach und signifikant verbessern können wird.

So wie jetzt neu von IQTIG formuliert, wird auch hier aber nicht abgefragt, ob über den Prozess reflektiert, und auch nicht, in wieweit der Patient in diese Reflexion einbezogen worden ist. Das IQTIG hält hier weiter an einem bio-medizinischen Modell fest, dass seitens des Psychotherapeuten keine Reflexion gemeinsam mit dem Patienten brauche und der Behandlungsprozess vor allem dazu da sei, immer zu eindeutigen gut dokumentierbaren Resultaten im Sinne der QS führen zu müssen. Der Wortlaut „Überprüfung“ beinhaltet einen einseitig hierarchischen Vorgang aus einem bio-medizinischen Qualitätsmodell [redacted] Der Vorgang der Reflexion erscheint nur noch in der Überschrift. [redacted]

> *Für die Entwicklung einer QS in der Psychotherapie sehe ich partizipative und gemeinsam reflektierende Vorgänge als wesentlich an. Das muss sich auch hier in den QM und in den Items widerspiegeln.)*

In jedem Falle ist der Vorgang der „Reflexion“ in den Wortlaut der Items anstelle des Wortlauts „Überprüfung“ aufzunehmen, da nur so ein Bezug zu in der Psychotherapie relevanten Vorgänge hergestellt werden kann. Eine gemeinsame Reflexion ist ein inhaltlich anderer

Vorgang als eine Überprüfung. Eine Überprüfung ist ein einseitiger hierarchischer Vorgang zwischen Prüfer und Prüfling. Das entspricht nicht dem Verhältnis zwischen Psychotherapeut und Patient. Ein solches abhängiges Verhältnis sollte zwischen Psychotherapeut und Patient unbedingt vermieden werden. [redacted]

Hier möchte ich nochmal hervorheben, dass das Resultat, so wie in einem kooperativen Qualitätsmodell, die gemeinsame Reflexion ist und damit gerade in diesem Abschnitt der Behandlung das Ergebnis der zu diesem Zeitpunkt erwünschten Verselbstständigung des Patienten darstellen würde. Auch ist sicher festzustellen, dass diese Reflexion als fortlaufender Prozess zu sehen ist, die nicht an einem bestimmten Zeitpunkt festgemacht werden kann, eben Teil des psychotherapeutischen Veränderungsprozesses ist. Dieser Prozess besteht aus im Grunde ständigen Rückmeldeschleifen eines fortlaufenden dialogischen Austauschs, in dem zu im Therapieprozess passenden Zeitpunkten immer wieder über den Therapieverlauf reflektiert werden kann oder muss.)

Deswegen sind auch Qualitätsziel und Rationale nicht fach- und sachgerecht formuliert, entsprechen nicht der qualitätsgebenden Zieltätigkeit des Merkmals beim Psychotherapeuten. Der Wortlaut „überprüfen“ muss hier durch den Wortlaut „reflektieren“ ausgetauscht werden, um den fachlichen Gegebenheiten zu entsprechen und Missverständnisse zu vermeiden.

[redacted] nein

Sachgerechter erscheint mir folgende Formulierung:

- ***DF FA)*** *Es sollte erfasst werden, ob der Prozess der gemeinsamen Reflexion mit dem Patienten stattfindet bzw. nach Therapieende bestätigt werden kann, dass dieser Prozess der Reflexion der Behandlung stattgefunden hat und dokumentiert wurde.*

Ja / nein)

Zusätzlich könnte sicher auch DF 61 und DF 62 abgefragt werden. Hier würde ich aber auf eine Zusammenfassung plädieren, um auch hier wieder Redundanzen zu vermeiden. Eine Überprüfung wichtiger Dimensionen ohne deren Dokumentation hat inhaltlich für sich alleine keine Aussagekraft.

Der Wortlaut der Überprüfung entspricht dabei auch hier nicht der Handlung des Psychotherapeuten, vor allem nicht in dem angestrebten Vorgang der Verselbstständigung des Patienten in dieser Behandlungsphase. Entsprechend wird hier folgende Neuformulierung vorgeschlagen:

- **DF FB)** Erfolgte im Therapieverlauf hinsichtlich der Therapiebeendigung eine Reflexion und Dokumentation der für die Behandlung wichtigen Dimensionen. Ja / nein

[redacted]

Dazu vertrete ich folgende Auffassung: Therapieziele können und sollen zusammen mit dem Patienten reflektiert werden, aber dabei (so wie auch schon zuvor hier ausgeführt), muss berücksichtig werden muss, dass Ziele, die der Therapeut als wichtig erachtet, nicht immer gemeinsam besprochen werden können, aber dann die Ziele, die der Patient für sich formulieren kann, ggf. auch immer wieder neu, gemeinsam reflektiert werden können. Insofern ist die Vorgabe, dass Therapieziele gemeinsam vereinbart werden müssen fachlich möglicher Weise kontraproduktiv, da dann der Patient schon zu Beginn mit seien Widerständen konfrontiert wäre, die zu einem Behandlungsabbruch führen können.)

Insofern geht es hier fachlich nicht darum ob Therapieziele zunächst vereinbart und dann überprüft werden (damit wäre man wieder im bio-medizinischen Modell), sondern darum, dass es einen Prozess der Reflexion über Ziele der Behandlung gegeben hat. Auch im Hinblick darauf, dass das Qualitätsmerkmal, „Besprechung der patientenindividuellen Ausgestaltung der Abschlussphase“, nicht übernommen wurde, fehlt einerseits der Gedanke der aus Sicht des Psychotherapeuten gemeinsamen Reflexion und andererseits sind Items mit einem fachfremden Überprüfungsgedanken hinzugekommen, die den Fokus von dem eigentlichen Therapieprozess weglenken. Wenn, dann müsste nicht der Psychotherapeut die Ziele überprüfen, sondern der Patient muss sich über seine Ziele und z.B. ihre Erreichbarkeit besser im Klaren werden. Das gelingt nur durch gemeinsame Reflexion – als Teil eines kooperativen Qualitätsmodells, und nicht durch ein hierarchisches bio-medizinisches Modell der Überprüfung. Eine entsprechend ergänzte Formulierung könnte – auch unter der Ägide der Aufwands und Datensparsamkeit folgender maßen lauten:

- **DF FC)** Erfolgte im Therapieverlauf hinsichtlich der Therapiebeendigung eine Reflexion und Dokumentation der Therapieziele sowie ggf. eine Anpassung? Ja / nein

Wenn hier reflektiert werden konnte, ist das der umfassendere Begriff, der ohnehin ggf. eine Anpassung beinhalten muss. Sonst wäre die Reflexion sinnfrei. Die Angabe nur reflektiert zu haben, ohne eine Dokumentation dessen, ist aus Sicht einer QS dagegen inhaltsleer und als allein gestellte Frage überflüssig.

5.2: Besprechung einer ggf. vorliegender Indikation für weitere therapeutische Maßnahmen und / oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses (Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses).

[redacted]

Folgende Eckpunkte halte ich für wichtig:

- *Strukturell: Stundenkontingente, Erhaltungsbehandlung*
- *Prozess: Gerade bei problematischen Fällen ebenfalls auch sehr fokussiert auf Struktur begrenzter Stundenzahl. Sicher in der PA nicht das größte Problem.*
- *Ergebnis: Es gibt öfter keinen definitiven Abschluss mit einem zu diesem Zeitpunkt ermittelten oder zu besprechenden repräsentativen Ergebnis.*

- *Einleitung und Begleitung des Abschiedsprozesses durch den Psychotherapeuten*
- *Einbeziehung des Patienten in diesen Prozess*
- *Herausarbeitung mit dem Patienten ob mit dem Abschluss der Behandlung der Patient keine weitere Hilfen mehr benötigt oder aber zur Aufrechterhaltung oder weiteren Stabilisierung auch nach Behandlungsende weitere Unterstützung brauche.*
- *Ist das der Fall, dann Besprechung und Planung welche Unterstützungen die möglich oder notwendig sind: Z. B. Rezidivprophylaxe, Selbsthilfegruppe, weitere Betreuung durch Haus- oder Facharzt, Hilfen anderer Leistungserbringer, wie Soziotherapie, Ergotherapie, häusliche psychiatrische Pflege, stationärer Aufenthalt o. ä.*
- *Gemeinsame Reflexion mit dem Patienten über das Behandlungsende und darüber hinaus mögliche oder wichtige Maßnahmen, so dass der Patient hier Entscheidungen mit vertreten, mit tragen oder selbstbestimmt fällen kann. Dieser Vorgang ist mit einer Überprüfung nicht zu vereinbaren, eine Überprüfung ist hier kontraindiziert.)*

Eine gemeinsame Reflexion ist ein inhaltlich anderer Vorgang als eine Überprüfung. Eine Überprüfung ist ein einseitiger hierarchischer Vorgang zwischen Prüfer und Prüfling. Das entspricht nicht dem Verhältnis zwischen Psychotherapeut und Patient.

Zunächst zu DF 66: Die Notwendigkeit einer Rezidivprophylaxe muss schon zu Beginn einer LZT oder spätestens mit dem letztmöglichen Antrag zur Behandlungsverlängerung festgestellt werden. Für KZT gibt es keine Rezidivprophylaxe Insofern ist das Item irreführend und unzutreffend. Zutreffend wäre:

- **DF GA)** Im Laufe der Behandlung wurde die Erforderlichkeit einer Rezidivprophylaxe geprüft und festgestellt. Ja / nein
- **DF GB)** Die Rezidivprophylaxe wird nach Therapieende durchgeführt. Ja / nein

Die weiteren Items erfragen sehr ausführlich, welche Art einer Weiterbehandlung geprüft wurde. Dabei entsteht der Eindruck, dass in der deutlich überwiegenden Anzahl von Behandlungen eine solche Überprüfung und damit auch tatsächliche Weiterbehandlung notwendig sei, es ohne Weiterbehandlung durch mindestens einen, wenn nicht sogar mehrere andere Leistungsanbieter nicht ginge. Der Aufwand und die Detailliertheit der Items entspricht nicht dem Bedarf und auch nicht einer zweckmäßigen Vorgehensweise. Zunächst müsste ein Bedarf festgestellt werden und dann kann mit dem Patienten eine zweckmäßige und durchführbare Maßnahme erarbeitet werden. Daher wäre eine zweckmäßige Neuformulierung:

- **DF GC)** Wurde in der Abschlussphase der Therapie die Erforderlichkeit einer Weiterbehandlung oder anderen weiteren Maßnahmen reflektiert und festgestellt.

  Ja / nein
- **DF GD)** Es wurde nach der Rezidivprophylaxe die Erforderlichkeit von weiteren Behandlungen oder Maßnahmen reflektiert und festgestellt. Ja / nein

Dabei wird nicht in jeden Fall eine Reflexion solcher Erfordernisse notwendig sein. Wenn ein Patient symptomfrei und gut strukturiert entlassen werden kann, wird eine solche Reflexion und Einleitung weiterer Maßnahmen nicht notwendig oder sogar verunsichernd kontraproduktiv sein.

Für die Qualität der Arbeit des Psychotherapeuten ist es aber wichtig, dass die Möglichkeit einer solchen Erfordernis im Blick gehalten wird. Die Formulierung des IQTIG impliziert dabei aber wieder das bio-medizinische Modell, dass alleine der Psychotherapeut entscheide, ob und welche Maßnahme erforderlich sei. Welche Maßnahme im Einzelnen mit dem Patienten besprochen oder auch vom Patienten angenommen und umgesetzt werden kann oder wird, ist nicht mehr Bestandteil der Prozessqualität, sondern eine rein individuelle Entscheidung oder Vereinbarung mit dem Patienten, deren Inhalt nicht zur QS beiträgt und sollte, so wie auch andere dokumentierte Ergebnisse alleine patientenbezogener Daten, alleine in der Dokumentation des Psychotherapeuten verbleiben.

Welche weitere Maßnahme der Patient auf Grund einer gemeinsamen Reflexion mit dem Therapeuten in Anspruch nehmen möchte ist eine datenschutzrelevante Angabe über Behandlungsinhalte und Aussagen des Patienten, die hier nicht ohne dessen Einwilligung abgegeben werden darf. Deswegen halte ich weitere Items für dieses Merkmal für überflüssig oder aus datenschutzrechtlichen Gründen für nicht möglich.

6. Outcome:

[redacted]

6.1: Ende der Behandlung (Outcome):

Anstatt ein direktes Outcome zu ermitteln, wurde sich darauf verständigt das Behandlungsende inhaltlich als weitere Prozesserhebung darzustellen.

Die Definition des Qualitätsziels lässt dabei aus, wann eine Behandlung in welchem Maße als in der Abschlussphase oder als beendet erklärt werden kann. Deswegen bleibt in dieser Definition unklar, für welchen Zeitpunkt dieses QM relevant wird.

Die Definition der Rationalen stellt für die Betrachtung des Behandlungsergebnisses die Wichtigkeit der Wirksamkeit der Behandlung in den Mittelpunkt. Aus den bisherigen Überlegungen und Qualitätsmerkmalen geht gleichzeitig hervor, dass eine vergleichende Ergebnismessung nicht möglich ist. [redacted] Eine Therapiezielerreichung muss immer den Prozess retrospektiv und, soweit möglich, zusammen mit dem Patienten reflektierend betrachten können. In den Grundüberlegungen wurde das aufgenommen. Der Wortlaut „Erhebung“ lässt aber davon ausgehen, dass es um einen punktuell feststellbaren Zustand ginge, den der Psychotherapeut bei seinem Patienten feststellt. So wie ein Gutachter ein Objekt begutachten würde. Auch das entspricht nicht dem tatsächlichen Vorgang einer Ergebnisbetrachtung am Ende einer Psychotherapie, sondern einem hierarchischem

Qualitätsmodell, dass auf die Psychotherapie, wie hier schon immer wieder deutlich gemacht, nicht übertragen werden kann, da Psychotherapie ganz anders wirkt und der Prozess der Behandlung auch hier wieder kein Vorgang der Erhebung, sondern ein Vorgang der Reflexion ist. Aber diese Reflexion ist dokumentierbar. In Anlehnung an die Vorschläge des IQTIG wären folgende Formulierungen fachgerecht:

- **DF HA)** Dokumentationsdatum der Ergebnisse der Reflexionen über die Therapieziele. __.__.__
- **DF HB)** Enddatum der Richtlinienpsychotherapie __.__.__
- **DF HC)** Grund der Beendigung.
    - Ziff. 1; 2 und 3 entsprechend Vorschlag IQTIG.
    - Ziff. 4 obsolet, da bei beantragter Verlängerung noch kein Therapieende. Evtl. stattdessen „beantragte Verlängerung abgelehnt“.
    - Ziff. 5; 6 und 8 entsprechend Vorschlag IQTIG

Da hier noch nicht thematisiert wurde, dass auf Grund des Abbruchs oder ungewissen Fortbleibens des Patienten – und ab wann dann eine Behandlung sinnvoller Weise als beendet zu erklären wäre, keine abschließende Reflexion möglich war, muss auch dieser Tatbestand erfasst werden. Problematisch ist dabei der Zähler, wenn die dafür notwendige Reflexion nicht stattfinden konnte, z. B. nach 3 Sitzungen KZT. Das nicht mehr erscheinen ist aus meiner Sicht hier noch etwas anderes, als ein Abbruch, für den der Patient mitteilen müsste, dass er die Behandlung nicht mehr weiterführen möchte. Ein Nichterscheinen beinhaltet immer, dass der Patient es sich offen lassen kann oder auch will jederzeit wieder neue Termine ausmachen zu können, ggf. auch eine Weile nicht in der Lage ist zu kommen oder Kontakt aufzunehmen und ist deswegen inhaltlich nicht als Abbruch anzusehen, denn ein Abbruch sieht erstmal keine Rückkehr vor.

- **DF GD)** Eine Reflexion über das Erreichen der Therapieziele konnte nicht stattfinden, da der Patient dazu nicht mehr erschienen ist. Ja / nein

Ab wann eine Behandlung als beendet erklärt werden kann und unter welchen Modalitäten trotzdem eine zunächst vorzeitig beendete Behandlung im 2 Jahreszeitraum wieder begonnen werden könnte muss dabei über die Psychotherapierichtlinien oder die Psychotherapievereinbarungen definiert werden. Besteht eine solche Definition, dann könnte auch das in die abgefragten Items aufgenommen werden. Dabei ist hervorzuheben, dass in diesem QS-Verfahren nicht ein Bild der Psychotherapie kolportiert werden darf, dass eine psychotherapeutische Behandlung zwingend ein fest abzuschließender Fall sein müsse. Viele Behandlungen sind Behandlungen chronischer Störungen, die über die Richtlinienpsychotherapie hinaus geführt werden, es hier Behandlungspausen geben kann, aber die Patienten an ihre Psychotherapeutische Praxis angebunden bleiben.

<u>Auslöser für Maßnahmen der QS</u>

Der Auslöser für den Beginn der QS kann nur ein Neuantrag auf Richtlinienpsychotherapie sein. Deswegen sollte das Antragsverfahren auch beibehalten werden. Nur dann kann zwischen unterschiedlichen Behandlungen differenziert werden und tatsächlich die dann folgenden Sitzungen dieser Behandlung zugeordnet werden. Da davon auszugehen ist, dass die Aufteilung der KZT in KZT 1 und KZT 2 zu keiner Verringerung des Gesamtbedarfs an KZT

geführt hat, sollte in diesem Zuge die Aufteilung in KZT 1 und KZT 2 aufgehoben werden und das Gesamtkontingent der KZT wieder auf 25 Sitzungen festgelegt werden.

Lediglich abgerechnete Sitzungen in einem Mindestzeitraum als Auslöser für die QS zu nehmen ist zu wenig strukturiert um QS, die Behandlung und die erforderlichen Dokumentationen miteinander verbinden zu können. Auch bliebe unklar, was ggf. schon zu einer abgeschlossenen Behandlung, zu einem Rezidiv oder zu einer Neubehandlung gehöre. Die Fertigstellung der QS sollte mit dem von Psychotherapeuten markierten Ende, ggf. auch nach Ende der Rezidivprophylaxe erfolgen. Wie bei chronisch erkrankten, die zwischenzeitlich immer wieder der psychosomatischen Grundversorgung behandelt werden, die Markierung des Behandlungsendes gehandhabt werden soll, wäre noch detaillierter zu klären.

Der Auslösepunkt für die Patientenbefragung sollte in jeden Fall von der Angabe des Behandlungsendes der obigen QS getrennt sein, um hier keine Fehlanreize zu schaffen. Prinzipiell könnten die GOP-Ziffern über das Therapieende dann als Auslöser genommen werden. Bei einem Ende ohne Rezidivprophylaxe, wäre das auch unproblematisch. Wenn eine Rezidivprophylaxe angeschlossen wird, oder danach die Behandlung über andere Kostenträger oder Gebührenziffern weiter erfolgt, würde die Patientenbefragung in die Rezidivprophylaxe o. ä. hineinfallen. Das könnte Probleme in der Bewertung der Angaben des Patienten mit sich bringen.

Wenn man sicherstellen will, dass der Patient, wenn er an der Patientenbefragung teilnimmt, schon länger keine Termine bei seinem Therapeuten gehabt hat und tatsächlich auch aktuell keinen Bedarf daran mehr hat, dann müsste eine Mindestanzahl an Quartalen ohne weitere Termine Auslöser sein. Dabei zeigt die Erfahrung, dass Patienten durchaus auch noch nach 2 oder 3 Quartalen im Rahmen der erfolgten Behandlung noch mal einen Termin benötigen könnten. Wurde aber in diesen Zeitraum kein weiterer Termin mehr benötigt, dann kann meines Erachtens relativ sicher ab dem 4. Quartal von einem Ende der Behandlung ausgegangen werden.

Alternativ könnte man eine weitere Ziffer einführen, die darüber eine Aussage trifft, dass der Patient aktuell und voraussichtlich in den nächsten 3 Quartalen keine Sitzungen mehr benötigen würde. Das Einsetzen dieser Ziffer könnte dann alternativ Auslöser für die Patientenbefragung sein.

Weitere ergänzende Betrachtungen zum Indikatorenset 1.0

Außer den schon im Zusammenhang mit den einzelnen QM erfolgten Betrachtungen gibt es noch 2 Ergänzungen, zu der Anzahl der Indikatoren und zu den Referenzwerten.

Anzahl der Indikatoren:

Die in vorliegenden Änderungsvorschlag gelungene Reduzierung von ca. 78 Items auf 28 Items würde zu einem großen Maß der Entbürokratisierung beitragen. Gerade bei Betrachtung, dass der größte Anteil an psychotherapeutischen Behandlungen Kurzzeittherapien sind, für die aktuell keine QS notwendig ist, erscheint der Aufwand sich mit 78 Items und deren Dokumentation ausführlich zu beschäftigen sehr unverhältnismäßig. Insofern erscheint es, dass die vorliegende Ausarbeitung vor allem die Komplexität von Langzeittherapien im Blick hatte.

Selbst wenn bei einer KZT das QM 3.1 und 5.2 weggelassen werde, würden von dem ca. 78 ursprünglichen Items noch etwa 65 Items verbleiben, wenn man die Vorlage des IQTIG ohne

hier vorgeschlagene Vereinfachungen übernehmen würde. Dann könnten schnell 3 Sitzungen Kurzzeittherapie zu 2 bis 3 Stunden Dokumentation und Beantwortung der Fragen zur QS werden. Da bei sehr kurzen Behandlungen bzw. Kriseninterventionen, aber auch bei einer KZT der Umfang aller hier vorgestellten QS Maßnahmen, weder vom Aufwand her noch fachlich zu rechtfertigen ist, gibt es dazu folgenden Vorschlag:

- Bis zu 10 Sitzungen halte ich es für sinnvoll die QM 1.1; 2.1 und 6.1 nach der hier erarbeiteten geänderten obigen Vorlage auszuführen. Hier 14 Items zu bearbeiten und zu dokumentieren erscheint noch angemessen.
- Bis zu 25 Sitzungen könnten dann die QM 1.1; 2.1; 5.1 und 6.1 nach dieser obigen Vorlage ausreichen. Das wären dann insgesamt 17 Items, die bearbeitet und dokumentiert werden müssten. Auch das halte ich für verhältnismäßig.

Bei 80 oder 100 Stunden Langzeitbehandlung sähe das Verhältnis sicher anders aus. Gleichzeitig gilt aber für eine QS auch insgesamt immer ein Sparsamkeitsgebot, sich auf das fachlich unbedingt notwendige zu beschränken. Im QM 1.1., Diagnostik, entspricht z. B. die getrennte Erfassung von somatischen Komorbiditäten und von psychischen Komorbiditäten sicher nicht diesem Sparsamkeitsgebot, sondern ist ein in sich redundanter Fragekomplex, der genau genommen sogar die Gruppe der psychosomatischen Erkrankungen ausschließt oder hier am Ende auf Grund dieser zwar augenscheinlich differenzierenden aber letztendlich vollkommen unklaren Operationalisierung gar keine wirkliche Differenzierung zwischen somatisch und psychisch vornehmen kann. Weiter schließt aber die Erfassung der Symptome in einer Diagnostik immer zwingend eine Zuordnung der Symptome zu Erkrankungen mit ein. Insofern ist hier die Erfassung von psychischen und somatischen Komorbiditäten gleichzeitig ein redundanter Teil der Erfassung der Symptomatik insgesamt.

Entsprechend war es möglich diese und in ähnlicher Weise noch viele weitere QM zusammenzufassen oder auf ihre Notwendigkeit hin zu überprüfen. Auf diese Weise konnte das Indikatorenset hier von ca. 78 Items auf 28 oder ggf. 29 Items reduziert werden, ohne die Aussagekraft der erhobenen Informationen, bezogen auf eine Qualitätssicherung zu verringern.

<u>Referenzbereiche und Rechenregeln:</u>

Da ein Teil der Operationalisierung in der Angabe eines Referenzbereichs und der Rechenregeln besteht, ist es notwendig zu begründen, worin die qualitätsverbessernde Funktion des jew. Referenzbereich oder der Rechenregel besteht und warum der festgelegte Referenzbereich die bestimmte vom IQTIG festgelegte Höhe haben müsse. Diese Begründung ist noch nicht erfolgt und konnte aus folgenden Gründen noch nicht erfolgen: Um einen Referenzbereich festzulegen muss zunächst bekannt sein, in welcher Höhe und Verteilung ein Referenzbereich in der Praxis überhaupt besteht oder erfüllt werden könnte. Außerdem hängt die Höhe des Referenzbereichs mit der Anwendbarkeit der Items in der realen Erprobung und mit den hier noch zu findenden Rechenregeln zusammen. Für die interne Generierung einer guten Prozessqualität benötigt es erstmal auch keinen Referenzbereich, sondern reicht die Sensibilisierung auf die oben formulierten Eckpfeiler oder Items. Deswegen sehe ich aktuell keine Möglichkeit und auch keinen Grund dazu einen Referenzbereich schon mal vorab festzulegen. Ein Referenzbereich kann erst festgelegt werden, wenn Datensammlungen zur Verteilung der Item-Antworten in der Grundgesamtheit vorliegen. Alles andere ist methodisch nicht korrekt bzw. nichts anderes als Wunschdenken und könnte hier schon in der

Erprobungsphase zu Verzerrungen in den Angaben bzw. zu entsprechenden Fehlanreizen führen, einem willkürlichen Referenzbereich entsprechen zu müssen.

5. Diskussion und Abwägung

Dem IQTIG ist es mit seinem Indikatorenset 1.0 leider nicht gelungen im Rahmen der Entwicklung einer QS für den Bereich der ambulanten Richtlinienpsychotherapie die Erkenntnis konsequent umzusetzen, **dass Psychotherapie vor allem aus einem gemeinsamen mit dem Patienten interaktiven und partizipativen und gemeinsam reflektierenden Prozess besteht.** Dass dem so ist wurde zwar auch von der Verfahrensleitung des IQTIG wiederholt bestätigt. Erste Ansätze dazu konnten deshalb dem IQTIG zwar gelingen, die aber leider zu unvollständig und zu unklar geblieben sind. Damit hat das IQTIG die Chance versäumt ein für die Psychotherapie wirklich passendes und damit auch neues, wegweisendes Modell einer QS zu entwickeln, dass auch für weitere QS-Verfahren im medizinischen Bereich ein Vorreiter sein könnte. Zwar wurden QM neu benannt, in den mündlichen Diskussionen auch neu definiert. Aber am Ende kam leider die Neudefinition im Indikatorenset nicht an. Bei Qualitätsziel, der definierten Rationalen und den Items bleibt es bei biophysisch hierarchischen Formulierungen und Definitionen. So etwas wie Reflexion ist nur noch in der Überschrift zu finden, als wäre so ein Feigenblatt notwendig. Bei keinem einzigen Item wird mehr nach einem partizipativen Prozess der gemeinsamen Reflexion, obwohl genau hier der Unterschied zwischen biophysischen und partizipativen Behandlungsmodellen liegt. Und hier genau diese für die Psychotherapie so zentrale Wichtigkeit der gemeinsamen partizipativen Reflexion nicht zu erheben, legt nahe, dass das gemeinsame partizipative Behandlungsmodell, dass sich auch in den Erhebungen einer QS niederschlagen muss, wenn man ein für die Psychotherapie fachlich relevantes Modell entwickeln will, vom IQTIG noch nicht wirklich ganz verstanden worden ist. Man hätte hier durchaus wesentlich mutiger sein können und dürfen, das Indikatorenset auch inhaltlich besser und vor allem konsequent an den Realitäten psychotherapeutischer Behandlungen auszurichten

Aber es sollte auch noch mal ein Blick auf die Anforderungen geworfen werden, die dem IQTIG vorgelegt worden sind: Dazu muss die Frage nach dem gesetzlichen Auftrag (nach § 137 SGB V) des Benchmarking gestellt werden. Dabei wird aus dem Gesetzestext deutlich, dass dort im Vordergrund vor allem das Interesse des Gesetzgebers an einer Qualitätsverbesserung zu sehen ist und hier die vorgeschlagene Ausführung darin besteht dazu ein Benchmarking auf Grund von Outcome-Variablen zu entwickeln. Dem IQTIG war es aus methodischen und inhaltlichen Gründen nicht möglich ein QS-Verfahren zu entwickeln, dass diese Forderungen erfüllen kann, trotz vielfältiger Bemühungen. **Standardisierte Outcome-Messungen und damit verbundene valide Benchmarks sind, im Sinne der Anforderungen des Gesetzes, in der QS der ambulanten Psychotherapie damit definitiv nicht möglich.** Im Grunde bedeutete das, dass das Verfahren gescheitert war.

Hier trotzdem weiter daran zu arbeiten war möglich, weil das öffentliche Interesse an einem solchen QS-Verfahren recht hoch ist, das IQTIG Team sehr motiviert war und vor allem das Expertengremium ein großes Interesse daran hatte, an den Grundlagen eines für die Psychotherapie wirklich brauchbaren QS-Verfahren weiter zu arbeiten, neu entstandene Ideen entsprechend noch weiter zu entwickeln. Überlegungen des Expertengremiums führten zu

Lösungsansätzen, die dem primären Ziel einer QS entsprechen konnten, reale zentrale Abläufe der Psychotherapie zu erfassen, und gleichzeitig den recht blinde Fokus auf standardisierte Verfahren verlassen haben. **Die vom Expertenteam erarbeiteten Grundlagen unterscheiden sich aber immer noch deutlich von dem vom IQTIG jetzt ausgearbeiteten Entwurf, zu dem hier Stellung genommen wird.**

Dazu deswegen nochmal die grundlegenden Fakten und Überlegungen. Zunächst ist zu beachten:

1. Das primär formulierte Ziel ist Erfassung, Vergleich und Verbesserung von Qualität.

2. Ein QS-Verfahren darf nicht bewirken, dass das zu erfassende Objekt verändert werden muss, damit es einfacher zu erfassen ist. Aufgabe einer QS ist es immer das Objekt zunächst zu erfassen und zu erkennen, ohne es zu verändern bzw. darauf Einfluss zu nehmen. Nicht das Objekt muss der QS angepasst werden, sondern die QS muss dem Untersuchungsobjekt angepasst werden. Wird hier anders vorgegangen, dann handelt es ich nicht mehr um eine Qualitätserfassung.

3. Die Erkenntnis dieses QS-Verfahrens ist, dass das zu erfassende Objekt nicht über bestimmte, schon im Vorfeld vermutete Parameter zu erfassen ist, sondern sich als Objekt einer QS ganz anders verhält, als in der Hypothese angenommen.

Und weiter: Vergleichsanwendungen oder Messreihen können für ein Benchmarking aufgrund der hohen Heterogenität und kleinen Stichproben dabei nicht verwendet werden. Durch die Verwendung von standardisierten Verfahren ergibt sich ebenfalls keine Qualitätsverbesserung (s. a. Wittmann et al 2010). Die Vorstellungen dazu, wie die Meldung alleine der Anzahl durchgeführter standardisierter Erhebungen das Ziel erreichen sollten, eine bessere Behandlungsqualität zu generieren, als es bisher mit Super- und Intervision, QZ oder Fortbildungen etc. möglich ist, ist nicht nachvollziehbar. Wie schon zu Anfangs festgestellt ist in komplexen Prozesse einzelfallbezogen außerdem eine belohnende interne QS wesentlich effektiver, als eine punitive externe Kontrolle.

Im Verlauf des Expertengremiums konnte begonnen werden die QS etwas mehr dem Untersuchungsobjekt „ambulante Psychotherapie“ anzupassen. In diesem Verfahren konnten, anstelle der nicht besonders brauchbaren ursprünglichen Vorgaben, QM entworfen werden, die einer tatsächlichen Abbildbarkeit des Behandlungsverlauf schon näher gekommen sind. Im Mittelpunkt stehen schon im Entwurf des IQTIG Prozessvariablen, die versuchen einen sehr diversitären Prozess in bestimmten kritischen Punkten der Behandlung zu erfassen, die für eine gute Behandlung maßgeblich erscheinen, aber halten noch an Erhebungen fest, die die realen qualitätsgebenden Abläufe in einer Psychotherapie eben gerade nicht erfassen können. Diese Art von QM des Indikatorensets 1.0 kann durchaus als erster Schritt, weg von bio-physisch festgelegten Erhebungen, hin zu einer interaktiven Prozessbeschreibung gesehen werden. Aber eine wirkliche Betrachtung der zentralen interaktiven und reflektierenden Prozesse wurde letztendlich dennoch bisher ausgeklammert, sodass die Items fachlich irreführend, missverständlich und für die Beschreibung oder Erfassung des wirklich zentralen interaktiven Prozesses bisher nicht sicher geeignet gewesen sind. Solange hier nicht nach der gemeinsamen Reflexion, sondern nur nach der Überprüfung, Vereinbarung, Einschätzung oder Erhebung durch den Psychotherapeuten gefragt wird verharrt diese QS in einem antiquierten bio-physischen Modell, dass sowohl die Behandlung als auch die Erfassung der Behandlung als hierarchischen und eben nicht als partizipativen Prozess ansieht.

Die Kritik richtet sich daher zunächst gegen die Beibehaltung der generellen Verpflichtung standardisierte Verfahren anzuwenden, obwohl es keine sicheren Belege dafür gibt, dass genau das eine Psychotherapie deutlich verbessern würde.

Wittmann et al haben dazu festgestellt, dass die standartmäßige Anwendung von Testverfahren zu einer 10% Ausweitung der abgerechneten Behandlungen führt, ohne dass es Qualitätsverbesserungen gibt. Bei geschätzten Kosten für den Bereich der Richtlinienpsychotherapie von ca. 1,5 Mrd. € ergäbe das Mehrausgaben von ca. 150 Mio. €, die eine solche verpflichtende Einführung kosten würde.

In einigen Bereichen der Psychotherapie können statistische Messverfahren zudem als Fremdkörper erlebt werden, es zu Störungen im psychotherapeutischen Prozess, zu dadurch bedingten Fehlmessungen und insgesamt zu Fehlanreizen führen – standardisierte Verfahren grundlos anzuwenden, nur auf eine Erfüllung der darin erhobenen Daten hinzuarbeiten und die Methode des „Dialogischen Austauschs“ zu vernachlässigen. Im Bereich der Psychoanalyse und in Bereichen der TP gibt es keine standardisierten Erhebungsverfahren, die üblicher Weise oder schon weiterverbreitet genutzt werden. Die OPD ist kein übliches Verfahren, wird, anders als vom IQTIG dargestellt, nur in kleinen Beriechen der Forschung oder Ausbildung verwendet und ist zudem gar nicht frei zugänglich.

Im Ergebnis ist sich die Mehrheit der Experten darüber einig, dass alleine der Psychotherapeut darüber entscheiden kann ob, zu welchem Zeitpunkt und zu welchem Zweck eine standardisierte Erhebung sinnvoll ist und stattfinden kann und hier als partizipatives und eben deswegen nicht als generell standardisiert zu überprüfendes Verfahren angewendet werden kann. Auch sind sich die Experten darüber einig, dass standardisierte Verfahren in der internen QS sinnvoll sind, und eben da wo es einen Sinn ergibt auch eingesetzt werden sollen. Es gibt dabei bisher nicht für alle wesentlichen Teilbereiche der Grundgesamtheit oder Indikationen der Psychotherapie festgelegte gebräuchliche Messvariablen oder Messverfahren. Die OPD ist, im Gegensatz zu der Behauptung des IQTIG, eben kein in der Psychoanalyse gängiges Verfahren. Eine Verwendung der Verpflichtung standardisierter Verfahren als QM könnte so auch nur in einem Teilbereich umgesetzt werden, also nur da, wo solche Verfahren zur Verfügung stehen und wo zusätzlich Behandlungsinhalte und Interventionen mit einem standardisierten Erhebungsverfahren interagieren können, das Erhebungsverfahren Teil der Behandlung wäre. In einigen Bereichen der Psychotherapie besteht diese Möglichkeit aber bisher gar nicht. Außerdem wäre dann ein Testverfahren gerade nicht dazu da zu bewerten oder zu überprüfen, sondern den Dialog und die Reflexion mit dem Patienten darüber zu fördern, wie der therapeutischen Prozess weiter gestaltet werden kann. Hier zeigt sich dann die Grundproblematik des dem IQTIG in sein Auftragsbuch geschriebenen Qualitätsmodells: Das Qualitätsmodell, dass das IQTIG letztendlich dann doch weiterverfolgt, kann nur bei einer homogenen Grundgesamtheit mit groß genügenden Fallzahlen und einer deutlich hierarchischen Kompetenz- und Verantwortungsstruktur funktionieren und umgesetzt werden. Alle diese Voraussetzungen fehlen aber im Bereich der Psychotherapie. Entsprechend ist auch eine generelle Erfassung des Outcomes durch eine vergleichende standardisierte Erhebung, auf Grund der Vielfältigkeit, im Zusammenhang mit den kleinen Stichproben, statistisch praktisch nicht möglich. Das zu ändern und zu erforschen kann nur als wissenschaftliche Aufgabe abgearbeitet werden und ist nicht Aufgabe der regulären Versorgung.

Aber die Kritik richtet sich ebenso gegen die sehr biophysischen Formulierungen der weit überwiegenden Anzahl aller anderen Items, die damit nicht die fachliche Wirklichkeit einer Behandlung abbilden können. Vielleicht kann man mir hier Wortklauberei vorwerfen, aber es

gibt definitiv z. B. einen Unterschied zwischen einer gemeinsamen Reflexion, die Bestandteil und ein wichtiges Ziel einer guten Behandlung ist und dem Begriff der Überprüfung, die eine gemeinsame Reflexion ausschließt und ein deutlich hierarchisches Verhältnis widerspiegelt, wie es gerade nicht Bestandteil einer psychotherapeutischen Behandlung sein darf.

Insofern ist die Änderung im QM 3.1 und 5.1., nicht mehr mit standardisierten Verfahren Funktionalität und Symptomatik zu erheben und zu überprüfen sondern eine allgemeinen Erhebung und Überprüfung therapierelevanter Dimensionen zu formulieren, zwar ein Schritt in die richtige Richtung, aber noch ein Festhalten an der Vorstellung einer stark hierarchischen strukturierten Behandlung in der es nicht darum ginge gemeinsam mit dem Patienten zu reflektieren, sondern stattdessen zwischen Psychotherapeut und Patient eine abhängige hierarchische Beziehung bestehe.

Das will ich nochmal genauer am Beispiel der Wortwahl „Vereinbarung“ und „Überprüfung“ der Therapieziele begründen: Das Ziel der Behandlung und das was die Behandlung voranbringt, ist die Selbstreflexion und die eigene Tätigkeit des Patienten. Wirklich von Wichtigkeit ist es zu Beginn der Behandlung deswegen, dass über Therapieziele gesprochen und reflektiert wird. Damit wird beim Patienten ein Prozess angeregt, sich über eigene Ziele Gedanken zu machen. Selbst wenn hier keine festen Therapieziele vereinbart werden konnten – und das gelingt zu Beginn der Behandlung keineswegs immer, hat ein Prozess der gemeinsamen Reflexion begonnen, der fachlich letztendlich das ausschlaggebende Qualitätsziel ist. In der Beantwortung des Items müsste, dem entgegengesetzt, aber korrekter Weise verneint werden, dass Qualitätsziel eben nicht erreicht zu haben. Oder kurz gesagt: Mit meinen Angestellten vereinbare ich Ziele und kann sie überprüfen, mit Patienten bespreche ich Ziele. Mit Patienten kann, aber muss das keineswegs zu einer Zielvereinbarung führen. Vergleichbares gilt für die Überprüfung der Therapieziele. Auch hier ist das fachliche Qualitätsziel die Reflexion des Patienten, die über eine gemeinsame Reflexion initiiert werden muss. Das formulierte Qualitätsziel einer Überprüfung erfasst das fachliche Qualitätsziel einer Psychotherapie ebenso hier nicht korrekt. Aber diese Problematik irritierender und unbrauchbarer Formulierungen zieht sich letztendlich leider durch das gesamte Indikatorenset. [redacted]

Stattdessen machen aber weiterhin schon die Qualitätsziele oft die sehr unpartizipative Aussage, dass der Therapeut alleinig über die Qualität des vom Patienten erwünschten und erreichten bestimmen könne, zu bestimmen habe und die Qualität des Behandlungsprozesses in dieser Darstellung und Dokumentation des Psychotherapeuten sichtbar sei. Auch das kann schnell als einer zwischen dem Therapeuten und Patienten sehr abhängigen Beziehung verstanden werden, in der der Therapeut den Patienten zu werten, zu beurteilen und über ihn zu bestimmen habe. Ein Patientenvertreter assoziierte sogar, dass eine Erhebung, hier wohl von Daten, dann als einer Erhebung des Psychotherapeuten über den Patienten verstanden werden könnte. Das zeigt aber ein vollkommen falsches Bild psychotherapeutischer Behandlungen. Selbst wenn Erklärungen oder Anmerkungen in dem Indikatorenset für uns fachlich verständlich machen würden, was mit den Items gemeint ist, erzeugt eine solche Wortwahl eine vollkommen verkehrte Außenwahrnehmung, die von uns Psychotherapeuten nicht vertreten werden kann. In der Psychotherapie ist eine solche, so zumindest kolportierte, abhängige Beziehung möglichst zu vermeiden. Der Psychotherapeut ist niemals ein Prüfer und der Patient oder seine Erkrankung niemals ein Prüfling über den sich der Psychotherapeut erheben müsse oder dürfe. Auch bezogen auf das durch bestimmte Formulierungen

kolportierte Außenbild sehe ich eine Revision der Formulierung der Qualitätsziele, der Rationalen und der Items entsprechend obigen Vorschlags als geboten an.

Die als Ausweg dazu vom IQTIG vorgeschlagene Reduzierung oder Vereinfachung auf die Erhebung nur dezidiert ausgewählter standardisiert begrenzter individueller Merkmale oder Aspekte, kann das Ziel einer fachlich nachvollziehbaren QS aber ebenfalls nicht erreichen, verliert durch genau diese Begrenzung dann zusätzlich noch an Repräsentativität und Validität sowie ihren Anspruch Qualität auch in der Breite der anderen nicht repräsentierten vor allem reflektierenden und partizipativen Aspekte generieren zu können. Deswegen werden bei verpflichtenden Anwendungen von Testverfahren oder einer Fokussierung auf bestimmte Anordnungen, z. B. Vereinbaren oder Überprüfen zu müssen, immer wesentliche Teilbereiche nicht repräsentiert sein und der Fokus auf die gemeinsamen reflektierenden und partizipativen Teile zusätzlich verloren gehen. Das Bild der Psychotherapie, dass das IQTIG mit diesem Indikatorenset zeichnet, lässt die wesentlichen Gesichtspunkte der Psychotherapie, trotz guter Vorsätze, außeracht. Ohne gelebte gemeinsame Reflexion und Partizipation wird Psychotherapie zu einem Zerrbild, in dem sich wirkliche Psychotherapie nicht wiedererkennen lässt und auch keine ernsthafte QS ermöglichen wird.

Das Indikatorenset ist dabei aber auch sehr ausführlich geworden, so als hätte man nur die LZT im Blick gehabt aber auch versucht bestimmten Details besonders gerecht zu werden. Wie weiter oben ausführlich aufgezeigt, entstehen dadurch viele Redundanzen, die bei einem möglichst ökonomisch zu haltenden QS-Verfahren unbedingt zu vermeiden sind. Viele Items bedingen oder enthalten sich gegenseitig, so dass, wenn korrekt ausgefüllt und korrekt dokumentiert, sich aus der Antwort des einen Items eine zwingende Antwort eines anderen gleichzeitig abgefragten Items ergeben muss.

Das Ergebnis des hier vom IQTIG vorgelegten Indikatorensets 1.0 ist daher folgendermaßen zu bewerten:

Methodisch:

- Die Hinwendung zu einer Erfassung von formal inhaltlichen Prozessvariablen kann Psychotherapie besser erfassen, als es mit einer ursprünglich geplanten Erhebung starrer linearer Bezüge über Reihenmessungen und Outcome möglich gewesen wäre.

Praktische Umsetzung:

- Es bestehen noch viel zu viele Redundanzen in den Items. Gerade bei KZT entspricht der Aufwand nicht mehr dem Nutzen. Aber auch insgesamt sollte eine Komprimierung erfolgen.

Fachlich / inhaltlich:

- Die Formulierungen von Qualitätsziel, Rationale und Items entsprich sehr oft noch nicht der psychotherapeutischen Behandlungsrealität. Dazu ein praktisches Beispiel: Korrekt ausgefüllt kann ich z.B. alle Items der QM 2.1.; 3.1. und 5.1. immer blind verneinen, da ich das, was der Patient in seiner persönlichen Entwicklung während der Behandlung entwickelt, nie mit dem Ziel einer Überprüfung vereinbare, erhebe oder feststelle. Eine solche Wertung oder Belehrung ist in der Psychotherapie, so wie ich sie wertschätzend durchführe, zu vermeiden. Das was stattdessen wichtig ist, ist das Besprechen, Formulieren, Reflektieren oder ggf. Erörtern oder Erklären. Letztere fehlen in den Qualitätszielen, der Rationalen und den Items aber fast vollständig.
- Die generelle Anwendung standardisierter Verfahren ist kein adäquates oder zentrales externes Qualitätsmerkmal einer ambulanten Psychotherapie. Eine standardisierte Erhebung stellt in der Psychotherapie immer auch eine Intervention dar und würde, so wie vom IQTIG formuliert, immer eine Intervention nach sich ziehen müssen. Über notwendige oder mögliche Interventionen darf nur der Psychotherapeut selber entscheiden und kein externes Gremium. Eine Intervention, deren verallgemeinerte Wirksamkeit nicht sicher nachgewiesen ist, an deren allgemeiner Wirtschaftlichkeit Zweifel bestehen und, ohne dadurch Qualitätseinbußen zu haben, von vielen Psychotherapeuten nicht regelmäßig oder nur indikationsbezogen angewendet wird, darf nicht zu einer Vorbedingung guter Qualität erhoben werden.

Mit den ursprünglichen Ideen des IQTIG, aber auch nach einigen jüngsten Verbesserungen, kann weiterhin kein fachlich entsprechend korrektes Abbild der Psychotherapie in einem QS-Verfahren geschaffen werden. Die inzwischen vom IQTIG erarbeiteten Vorschläge beinhalten aber ein sehr gutes und großes Potential, auf dessen Basis sich eine QS für die ambulante Psychotherapie gut weiterentwickeln lassen wird. [redacted]

Im Fokus der Kontroverse stehen die Anwendung standardisierter Verfahren als generelle Voraussetzung guter Behandlungsqualität und die fehlende Fokussierung auf zentrale partizipatorische und reflektierende Behandlungsabläufe.

Um hier auch ganz praktische Vorschläge zu wagen, besteht ein Teil dieser Stellungnahme aus Veränderungsvorschlägen, die aus der bisherigen Diskussion und den in dieser Diskussion sichtbar gewordenen Anforderungen an eine korrekte Erfassung prozessualer psychotherapeutischer Vorgänge direkt hervorgeht. In diesem Teil sind auch Vorschläge zur Reduzierung der starken Redundanzen der Items enthalten. Damit handelt es sich nicht nur um eine theoretischen Auseinandersetzung mit der Materie, sondern liefert praktisch umzusetzende Möglichkeiten einer guten QS noch tatsächlich näher zu kommen.

Mit der Operationalisierung der in dieser Stellungnahme vorgeschlagenen alternativen Ausformulierung von Qualitätsziel, Rationaler und Items als Eckpunkte oder Pfeiler einer

evidenzbasierten Behandlung[7], können alle Teilbereiche der Grundgesamtheit wieder gut integriert und repräsentiert werden. Die anfangs formulierte Problematik, dass die Grundgesamtheit nicht den Anforderungen an ein solches statistisches Verfahren entsprechen würde, wäre so lösbar. Lösbar auch deshalb, weil der Blickpunkt nicht mehr eine strukturierte Handlungshierarchie im Fokus hat, (deren Vorhandensein im bio-physischen Modell Voraussetzung für eine QS ist, die es so in der psychotherapeutischen Behandlung aber nicht gibt und sogar zu vermeiden ist), sondern Prüfungen, Erhebungen, Vereinbarungen, Abklärungen oder Feststellungen (alles Vokabeln aus dem bio-medizinischen hierarchischen Qualitätsmodell) durch fachlich nachvollziehbare Inhalte und deren Bezeichnungen ersetzt, wie gemeinsame Reflexion, gemeinsame Besprechungen, die aus dem Vokabular von kooperativen Qualitätsmodellen stammen.

Deswegen erscheint es sinnvoll eine QS in der ambulanten Psychotherapie auf das Vorhandensein von wichtigen Eckpunkten eines auf Kooperation ausgerichteten Qualitätsmodells aufzubauen, die tatsächlich alle in der Grundgesamtheit bestehen – die dann ohnehin inhaltlich sehr individuell gefüllt werden müssen – aber diese individuellen Merkmale in der Vielfältigkeit nicht erhoben werden können, auch nicht unbedingt mit standardisierten Verfahren erhoben werden müssen oder können und letztendlich auch nicht vergleichbar sind. Mit kooperativem Qualitätsmodell ist dabei gemeint, dass einerseits Qualität nicht durch punitive Maßnahmen und durch das gegeneinander Ausspielen von Kollegen oder ggf. alternativen Anbietern oder Behandlungsformen generiert wird, und andererseits die Psychotherapie selbst ein kooperatives Behandlungsmodell ist und kein bio-medizinisches.

In dieser Stellungnahme erbrachte Vorschläge zur Vermeidung von Redundanzen, können die Anzahl der Items um etwa 60% reduzieren ohne tatsächlich relevante Informationsdefizite zu erhalten. Das verbessert die Nutzerfreundlichkeit und Akzeptanz erheblich und entspricht auch der Angemessenheit, der Datensparsamkeit und dem wichtigen Bürokratieabbau, damit den Psychotherapeuten mehr Zeit für Behandlungen zur Verfügung steht.

Der, mit der Vielfältigkeit der Psychotherapie geschuldete Verlust der generellen Anwendbarkeit standardisierter oder psychometrischer Erhebungen, kann mit der Hinwendung zu einem auf Kooperation aufbauenden und Kooperation in der Behandlung im Fokus habenden Qualitätsmodell, mehr als wett gemacht werden. Darin muss weiterhin auch auf die gute Ausbildung der Psychotherapeuten und der Förderung und den Erhalt der Fachkompetenz gesetzt werden. Das kann durch Vorgaben zu standardisierten Erhebungen nicht ersetzt oder gesteuert werden, sondern allenfalls unterstützt, aber auch den Blickwinkel auf die Psychotherapie zu sehr begrenzen. Deshalb kann eine den Prozess begleitende QS im Ergebnis nur festhalten, ob Eckpunkten des Prozesses Rechnung getragen wurden. Die inhaltliche Erarbeitung des Prozesses muss dann mit dem Patienten oder ggf. z. B. in Inter- oder Supervision erfolgen, kann aber nicht durch eine QS vergleichend systematisiert und kontrolliert werden. Eine generelle Anwendung standardisierter Verfahren würde dem Prozess fachfremde Vorstellungen überstülpen, die keineswegs immer ziel- oder qualitätsfördernd sein würden.

Insofern ist der in dieser Stellungnahme vorgelegte Änderungsentwurf als eine gute Alternative und Kompromissbildung anzusehen, um einerseits die ganz besonders heterogenen Datenlage mit einer hohen Komplexität abzubilden und gleichzeitig einen

[7] Vgl.: Fluckiger, Christoph: CME zertifizierte Fortbildung, Basale Wirkmodelle in der Psychotherapie. Wer und was macht Psychotherapie wirksam?, 2021 und
Mulder R, Murray G, Rucklidge J (2017) Common versus specific factors in psychotherapy: opening the black box. Lancet Psychiatry 4(12):953–962. <https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30100-1>

Rahmen für eine QS zu bilden, die dem gesetzlich primär gefordertem Ziel von Erfassung, Vergleich und Verbesserung von Qualität nachkommen kann.

Der hier ausgearbeitete Äderungsvorschlag stellt eine QS dar, die auf Partizipation, Reflexion und Kooperation aufbaut. Er belässt dabei wichtige Anteile der QS in einem kollegialen Austausch und wird sicher zu eher schwachen Benchmarks führen, wenn sich überhaupt eindeutige Benchmarks aus diesem Vorschlag generieren lassen werden. Aber dieser Änderungsvorschlag ist auch nicht einem konkurrenten, sondern einem kooperativen-kollegialen Qualitätsmodell geschuldet, in dem nicht Benchmarks, sondern interne selbstregulierende qualitätsbildende Rückläufe zu direkt in den Behandlungsverlauf zurückfließenden Verbesserungen führen. QS Modelle, die auf Kooperation aufbauen sind aber ohnehin effektiver, als eine QS, die auf Konkurrenz aufbaut. Hinzukommen sollte in jedem Falle aber noch eine bessere Förderung interner QS-Möglichkeiten.

Zu betonen ist aber noch einmal ganz ausdrücklich, dass der aktuelle Entwurf des IQTIG noch zu große Mängel enthält, als dass er in eine Erprobungsphase gehen könnte. Die hier weiter oben vorgestellten Änderungsvorschläge könnten dazu beitragen diese Mängel ggf. beheben.

Gleichzeitig muss davor gewarnt werden die Patientenbefragung dann alternativ als QS der Wahl zu betrachten. Patienten stehen immer in einem besonders schützenswerten Abhängigkeitsverhältnis zu einem Arzt oder Psychotherapeuten, teilweise auch noch wenn Behandlungen gerade beendet worden oder schon eine Weile her sind. Hier in diese schützenswerte hoch vertrauliche Beziehung einzugreifen und Patienten, die noch von diesem Vertrauensverhältnis abhängig zu sind zu befragen, halte ich für schädlich – auch in Bezug zu dem Vertrauensverhältnis das gerade in der Psychotherapie und gerade auch bei psychisch schwer Erkrankten noch weit über eine abgeschlossene Behandlung hinaus bestehen und für die Stabilität des Patienten teilweise sogar unbedingt notwendig bleibt. Die Probleme der Fehlanreize, der Validität und Reliabilität sind schon weiter oben benannt worden.

Dipl.-Psych., PP Sebastian Rühl

Stellungnahme zum Vorbericht „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“

Dr. Philipp Victor
Mitglied des Expertengremiums

02.05.2021

Der vom IQTIG vorgelegte Vorbericht gibt eine umfassende Übersicht über Möglichkeiten der Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Ziel war es, den Auftrag des Gesetzgebers umzusetzen und ein QS-Verfahren für die Psychotherapie zu entwickeln. Das Ergebnis ist ein Indikatorenset basierend auf neun Qualitätsindikatoren.

Ich bedanke mich für die umfassenden Ausarbeitungen, Anregungen und die Zusammenarbeit bei den engagierten IQTIG-Mitarbeitenden, der Fokusgruppe und den anderen Mitgliedern des Expertengremiums.

Das Indikatorenset stellt eine wertvolle Orientierungshilfe zur Qualitätssicherung für Therapeut*innen dar. Grundsätzlich ist das Ergebnis aus meiner Sicht gelungen und ein wichtiger Schritt in die Zukunft. Es sollte aber in Details weiterentwickelt oder umgearbeitet werden, wozu ich im Folgenden konkret Stellung beziehen möchte.

vertraulich

Fokusgruppen, Expertengremium und Einschränkungen der Fundierung

Das Vorgehen mit Fokusgruppe, Literaturarbeit und Expertengremium war sehr durchdacht und beleuchtete das Thema Qualitätssicherung sehr vielfältig. Das Expertengremium repräsentierte Vertrer*innen verschiedenster Disziplinen, sodass vielfältige Meinungen Gehör fanden. Der Bericht ist aus meiner Sicht aufwertbar durch ergänzende Ergebnisse: Die Fokusgruppen lieferten zu Beginn Hinweise, wo Qualitätsindikatoren sinnvoll sein könnten. Zwar wurden die Fokusgruppen inhaltsanalytisch ausgewertet, doch bleibt es im Bericht immer wieder unklar, welches Gewicht einzelne Zitate haben. Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse wäre im Anhang des Berichtes wünschenswert. Genauso wurde die Arbeit der Expertenkommission textlich zusammengefasst. Im Verlauf wurden Ratings der Qualitätsindikatoren in Fragebögen durchgeführt, deren Ergebnisse z.B. zum Verbesserungspotenzial ebenfalls interessant zu lesen wären. Die Recherche des IQTIG bezieht sich dazu häufig auf Leitlinien, die wiederum von Expert*innen erstellt wurden, was einschränkend zumindest genannt werden sollte.

Die Datenbasis sollte als Anhang ergänzt werden. Zum Verbesserungspotenzial scheint eine Prüfung in der Praxis notwendig. Die Einschränkungen, dass einige der vorgeschlagenen Verbesserungspotenziale nicht aus Studien, sondern aus der möglicherweise selektiven Meinung der Fokusgruppe und Leitlinien abgeleitet werden,

sollten klar benannt werden. Dies spricht aus meiner Sicht dafür, das QS-Verfahren zunächst als Pilotstudie einzusetzen, um mehr über die Verbesserungspotenziale zu erfahren.

Verfahrensspezifität

Im Expertengremium wurden die vom IQTIG erarbeiteten Qualitätsindikatoren schrittweise durchgegangen, geprüft und operationalisiert. Die Vorauswahl wurde vom IQTIG auf Grundlage umfangreicher Literaturrecherchen getroffen. Von Beginn an stand die verfahrensübergreifende Standardisierung der Qualitätssicherung im Feld der heterogenen Psychotherapieverfahren in der Diskussion. In vielen Punkten wurde ein guter Konsens erlangt, der Teilaspekte der Qualitätsmerkmale einer guten Behandlung abdeckt. Der Indikator „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten“ im Sinne einer Durchführung standardisierter Testverfahren wurde im Expertengremium kontrovers diskutiert und erbrachte kein einheitliches Ergebnis. Gleichwohl ergaben sich im Diskussionsprozess viele wertvolle Hinweise, wie eine Operationalisierung aussehen könnte und welche diagnostischen Instrumente möglich sein sollten (z.B. auch Fremdbeurteilung und Interviews). Dieser Punkt scheint mir weiter offen in der Umsetzung und sollte unbedingt kommuniziert werden.

Die Abwägung der Argumente sollte genauer dargestellt werden. Die Operationalisierung der diagnostischen Instrumente sollte mit Beispielen oder Hinweistexten so ausgestaltet werden, wie die Vorschläge des Expertengremiums es nahelegen (z.B. S. 88 im Vorbericht).

Auswirkungen des QS-Verfahrens auf die Behandlung

Die TK-Studie (Wittmann et al. 2011) als auch die fachlich sehr gute Ausbildung von Psychotherapeut*innen in Deutschland legen nahe, dass Qualitätssicherung auch ohne Gutachterverfahren auskommen kann. Hier genau setzt das erarbeitete QS-Verfahren an. Das Indikatorenset bildet einige, wenn auch nicht alle denkbaren Qualitätsaspekte einer guten Behandlung ab. Damit implizieren die Qualitätsindikatoren ggf. mit gewissem Aufforderungscharakter, wie eine psychotherapeutische Behandlung abzulaufen hat und was dabei besonders wichtig ist. Dabei sollten wir bedenken, dass Psychotherapie trotz der formalisierenden und medizinischen Einflüsse der letzten Jahre immer noch kein standardisierter Prozess und damit nicht vergleichbar mit der Verschreibung einer Medikation ist. Ein standardisiertes Ursache-Wirkungs-Verhältnis kann der hochkomplexen Behandlung und Diversität der Therapieverfahren nicht gerecht werden. Durch die zentrale Auswertung der Erhebung des QS-Verfahrens, die Definition von Referenzbereichen und Konsequenzen, falls diese nicht erreicht werden, wird das Verfahren direkten Einfluss darauf haben, wie Therapien durchgeführt werden. Wäre es eine Orientierung und nicht mit Referenzbereichen und direkten Folgen verbunden, könnte es im Sinne einer Reflexion und Umsetzung passender Indikatoren tatsächlich Therapien verbessern. Der Eingriff durch Referenzbereiche und drohende Konsequenzen wird fruchtbare Therapiemethoden durch Formalisierung erschweren. Insbesondere prozessbasierte

Vertraulich

Ansätze und emotionsfokussierte Verfahren leben davon, im Therapieprozess mit dem zu arbeiten, was Patient*innen verbal und emotional einbringen. Im Gegensatz zu Forschungsstudien, in denen Fragebogenerhebungen und formale Aspekte i.d.R. von der Therapie an sich abgekoppelt erhoben werden, findet in einer ambulanten Praxis all das durch die Behandler*innen als Person statt und führt so zu einer Vermischung und Beeinflussung der Behandlung. Teils ist dies denkbar, für andere Verfahren schwieriger.

Der selektive Charakter der Indikatoren sollte genannt werden, um das Missverständnis zu vermeiden, nur diese seien für die Qualität einer Behandlung relevant. Aus meiner Sicht sollten Referenzbereiche nicht vorab festgelegt werden, da hierzu eine Datenbasis fehlt. Vielmehr sollte das vielversprechende Verfahren in der Praxis im Sinne einer Pilotstudie ausführlich erprobt werden und die Anwendbarkeit in allen Therapieverfahren in der Praxis getestet werden. Auch prozessbasierte Methoden sollten die Chance haben, sich etablieren zu können, ohne unangenehme Folgen fürchten zu müssen.

Forschungsstrukturen in der ambulanten Praxis

Die Qualitätsindikatoren sind aus Forschungsstudien abgeleitet, die überwiegend aus der Verhaltenstherapie und dort aus Hochschulambulanzen oder Studien an Universitäten stammen. So wertvoll diese Erkenntnisse sind, so bekannt sind auch die Unterschiede zur ambulanten Versorgung z.B. hinsichtlich der Patientenselektion. Der ambulante Sektor versorgt überwiegend diejenigen Fälle, die aufgrund von Komorbidität nicht nur mit einem spezifischen Manual oder in standardisierten Abläufen behandelbar sind. Auch die oben genannte Trennung von Evaluation und Therapie ist ambulant ohne personelle Aufstockung der Praxen nicht leistbar oder hat ungewollte Auswirkungen auf die Therapie zu Folge.

Hier bietet es sich als Idee aus meiner Sicht ebenso an, die Umsetzung des QS-Verfahrens zunächst in einer Pilotstudie zu erproben und neue Erkenntnisse zur Umsetzbarkeit im ambulanten Setting außerhalb der Forschungsstrukturen zu gewinnen.

vertraulich

Struktur des Indikatorensets

Das Indikatorenset bildet die Qualitätsindikatoren ab und dient als Vorlage für die Umsetzung als Checkliste. Dieser praktikable Umsetzungsgedanke ist bei guter technischer Umsetzung sehr hilfreich. In der Operationalisierung der Rechenregeln ist der Fragebogen allerdings noch schwer durchdringbar. Es gibt komplexe Rechenregeln und Verknüpfungen per „und“ sowie „oder“. Damit fällt es Therapeut*innen nicht leicht, zu verstehen, welche und wie viele Kriterien erfüllt sein müssen, um dem Referenzbereich zu genügen. Beispielsweise kann die Vielzahl der genannten diagnostischen Verfahren implizieren, dass es notwendig sei, all diese anzuwenden, obwohl eines ausreicht.

Der Wunsch nach genauen Daten ist nachvollziehbar. Dennoch sollte im Sinne der Datensparsamkeit, Akzeptanz und Verstehbarkeit des Instruments eine Straffung stattfinden. Aus meiner Sicht wäre es z.B. ausreichend, abzufragen, ob eines der genannten diagnostischen Instrumente eingesetzt wurde, anstatt alle einzeln abzufragen.

Dies gilt ebenso bei den anderen Qualitätsindikatoren. Dadurch könnten nicht-intendierte Missverständnisse in der Anzahl der zu erfüllenden Qualitätsindikatoren vermieden werden.

Umfang des QS-Verfahrens und Vergütung

Die Stärke des QS-Instruments ist, dass es sehr detailliert ausformuliert ist und viele Hinweise für die Praxis gibt. Die Anzahl der Items, die künftig anzukreuzen sind, scheint mir jedoch zu hoch. An den vorherigen Punkt anknüpfend würde sich durch eine Straffung der Items und Konzentration auf die Kernaspekte der Indikatoren mit Details in den Erläuterungen der Umfang der Befragung reduzieren. Ein Gutachterverfahren bei einem Teil der Therapien durch ein Instrument mit 77 Items zu ersetzen, das bei allen Therapien zur Anwendung kommen soll, halte ich für weniger ökonomisch. Die Fragen des Instruments erstrecken sich über den gesamten Therapieverlauf, sodass eine Beantwortung entweder kontinuierlich stattfinden muss, was nach jeder Sitzung Zeit kostet, oder aber am Ende der Behandlung, was mit einem Studium der Therapieakte verknüpft und einmalig mit hohem Aufwand verbunden ist. Insbesondere bei Kurzzeittherapien ist der Aufwand unverhältnismäßig hoch und sollte reduziert werden.

Sollte der Umfang so gewünscht sein, so ist der Aufwand angemessen zu vergüten. Ich möchte jedoch eher dafür plädieren, das Instrument kürzer zu fassen und den Aufwand möglichst gering zu halten. Insbesondere die politischen Bemühungen, Anreize für möglichst kurze Therapien zu setzen, würden durch das QS-Verfahren ansonsten konterkariert. Schnelle, kurze Hilfe wird durch die Notwendigkeit erschwert, auch nach wenigen Sitzungen 77 Fragen durchgehen zu müssen.

Ausstiegs-Optionen bei Behandlungsbesonderheiten, Kooperation und Weiterbehandlung

Das QS-Verfahren ist sehr gut auf den prototypischen und idealen Therapieverlauf ausgerichtet. Therapieabbrüche und weitere untypische Fälle sollten in der Umsetzung stärker adressiert werden. Im Fragebogen wären z.B. Ausstiegs-Optionen hilfreich, da viele Items nicht mehr relevant oder erhebbar sind, sollten Patient*innen die Therapie abbrechen. Durch eine Medizinisierung der Psychotherapie wird der Anteil derjenigen zunehmen, die eine Therapie z.B. wegen Genesung oder Enttäuschung ohne Evaluation oder gemeinsame Reflexion beenden. Auf der anderen Seite sind insbesondere schwer erkrankte Patient*innen nicht immer in der Lage, Ziele entlang der Zielkriterien zu formulieren oder Fragebögen zu beantworten. Patientenselektion wäre die Folge, doch gerade schwere Fälle sollen auch ambulant angebunden werden.
Auch die Kooperation mit Mitbehandelnden sollte über die telefonischen Kommunikation hinaus mitbedacht werden. Sie ist zeitaufwendig zu organisieren oder oft nicht möglich, da sich Behandelnde auf beiden Seiten regelmäßig in Behandlungen befinden. Hier fehlt es noch an Strukturen für z.B. asynchrone Kommunikation oder gemeinschaftliche Zusammenarbeit.
Auch der Indikator „Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses“

impliziert im Fragebogen, dass alle Patient*innen nach der Therapie in weitere Behandlung oder Betreuung weiterzuverweisen sind. Dies ist sicherlich nicht die Intention, sondern die Prüfung, ob überhaupt weitere Maßnahme erforderlich sind und ggf. welche. Auch hier bietet sich eine Ausstiegs-Option an bzw. eine Straffung im Sinne des Zusammenführens der Möglichkeiten.

Ankreuzfelder wie „nicht möglich“ oder „nicht zutreffend“ sollten ergänzt werden, um bei (vermeintlichen) Abbrechern und schwer kranken Patient*innen das Verfahren abzukürzen, da ansonsten keine sinnvolle Antwort möglich ist. Bzgl. der Kooperation mit Mitbehandelnden sollte das Feld „keine Indikation“ ergänzt werden und der Konsiliarbericht oder ein angeforderter Entlassungsbericht aus einer stationären Einrichtung als Kommunikationsinstrument als hinreichende Option der Kooperation ergänzt werden. Für komplexe Fälle muss Kommunikation angemessen vergütet und strukturell ermöglicht werden. Auch die Notwendigkeit der Weiterbehandlung sollte zunächst generell erfragt werden, bevor die Prüfung konkreter Anschlussmaßnahmen erfolgt, um Missverständnisse zu vermeiden, dass Patient*innen z.B. generell in eine der Optionen weiterzuverweisen seien.

Outcomes und Übermittlung der Daten

Im Expertengremium wurde deutlich: Für einige Verfahren ist es leichter, standardisierte Testverfahren zu integrieren, für andere schwieriger. Eine große Sorge ist immer wieder der Vergleich verschiedener Praxen anhand von Outcomes, was derzeit nicht geplant scheint. Aufgrund der hohen Individualität des Therapieprozesses und der besonderen Bedeutung der Passung von Patient*in und Behandler*in wären Therapieergebnisse als Orientierung eher irreführend und wenig aussagekräftig. Im Sinne der Datensparsamkeit wäre eine Übermittlung von Outcomes zudem problematisch und dazu unökonomisch. Auch ein Vergleich zwischen Praxen würde nicht die Qualität verbessern, sondern dazu führen, dass die Therapien angepasst würden, um die Indikatoren zu erfüllen. Eine naheliegende Konsequenz könnte sein, dass Therapeut*innen unbequeme oder kritische Themen in der Therapie nicht mehr ansprechen aus Sorge, es würde sich in der Evaluation durch Patient*innen negativ abbilden. Damit wären Kernaspekte einer Psychotherapie erschwert.

Wenn Testverfahren wichtiger Bestandteil sein sollen, so ist zu überlegen, diese vom Therapieprozess stärker zu trennen und ggf. automatisiert im Hintergrund mitlaufen zu lassen, z.B. im Sinne einer Erfassung der Beschwerden und Zufriedenheit. Hier mangelt es aber noch sowohl an Konzepten für die verschiedenen Therapieverfahren als auch an Strukturen in den Praxen. Auch für die Zukunft sollte zudem sichergestellt werden, dass die Erhebungen sich auf Metadaten, wie das Durchführen einer Maßnahme beschränken, nicht aber Inhalte, wie Ziele, Zufriedenheit oder Testergebnisse übermittelt werden müssen.

vertraulich

Abstimmung mit Dokumentationsempfehlungen

Sowohl die Psychotherapeutenkammer NRW als auch die Bundespsychotherapeutenkammer haben Empfehlungen zur Basis- und Verlaufsdokumentation in der ambulanten Psychotherapie veröffentlicht. Diese bieten bereits sehr gute Orientierungshilfen für die Dokumentation und Qualitätssicherung. Hier gibt es Überschneidungen mit dem IQTIG-Vorbericht. Eine Kommunikation und Zusammenarbeit der Akteure im Verlauf wäre wünschenswert gewesen, wenngleich sich die Ereignisse der letzten Jahre sich immer wieder überschlagen haben.

Mit der Veröffentlichung dieses Vorberichtes sollte ein Gesamtkonzept unter Berücksichtigung der IQTIG- als auch der BPtK-Ausarbeitungen erstellt werden, um klare Hinweise für Behandelnde zur Dokumentation und Qualitätssicherung zur Verfügung stellen zu können.

Zunahme der nicht-patientenbezogenen Arbeitszeit

In den vergangenen Jahren haben ambulante Praxen eine Vielzahl organisatorischer Veränderungen erfahren: 2017 die Reform der Psychotherapierichtlinie, 2018 die Umsetzung der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung, 2019 die Einführung der Telematik-Infrastruktur mit wiederkehrenden Problemen und hohem Administrationsaufwand, 2019 das Terminservice- und Versorgungsgesetz, 2020 die Corona-Pandemie (Hygienekonzepte, Umstellung auf Videosprechstunden, Quarantäne oder Erkrankung, Betreuungsprobleme), 2021 die IT-Sicherheitsrichtlinie sowie ebenfalls 2021 die Einführung weiterer E-Health-Anwendungen. Durchgängig ist, dass die Professionalisierung in organisatorischen Belangen wie IT, Datenschutz, Hygiene und gesetzgeberische Veränderungen in den letzten Jahren sehr konzentriert auftraten. All dies hat den Behandelnden viel abverlangt, bringt fortlaufende Zeiterfordernisse mit sich, ist in der Regel nicht oder unzureichend vergütet und geht entweder zu Lasten der Behandlungskapazität oder wird zusätzlich von Behandler*innen erbracht. Das QS-Verfahren bietet im Qualitätsmanagement eine mögliche Entlastung durch Orientierung. Um die Akzeptanz zu erhöhen, sollte es gut implementiert werden und geringe technische oder zeitliche Ressourcen in Anspruch nehmen.

Das QS-Verfahren sollte möglichst gut in Praxisabläufe integriert werden, ohne eine weitere Schnittstelle oder weitere Programme installieren und warten zu müssen. Eine Integration in bestehende Empfehlungen zur Dokumentation sollte nahtlos erfolgen. Die technische Umsetzung muss gut bedienbar, universell über Softwareanbieter hinweg wiedererkennbar und ausgiebig erprobt sein, um weitere technische Probleme in Praxen zu vermeiden. Die Behandlungszeit an Patient*innen sollte Priorität behalten und nach der Umstellung von Gutachterverfahren auf QS-System mindestens erhalten bleiben.

Vertraulich

Fazit

Das IQTIG hat sich stark engagiert, den gesetzgeberischen Auftrag umzusetzen und dabei die Besonderheiten und die Diversität der Psychotherapie zu berücksichtigen. Ganz herzlichen Dank dafür. Dabei wurden die Meinungen der Expertenkommission immer wieder berücksichtigt und umgesetzt. Das Ergebnis ist bemerkenswert und bietet mit den erarbeiteten Indikatoren eine gute Orientierung für Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Aus dem Vorbericht ergeben sich aus meiner Sicht Hinweise, die noch einmal zu einer verbesserten Umsetzung und Implementierung beitragen könnten:

- Zum Bericht sollte die Datenbasis als Anhang beigefügt werden, Einschränkungen sind klar zu benennen und Kontroversen bzw. Entscheidungsgrundlagen abzubilden.

- Das QS-Verfahren sollte in der Anzahl der erfassten Items bzw. Datenfelder verkürzt und in Formulierungen und Rechenregeln vereinfacht werden. Dies wäre z.B. durch textliche Hervorhebung der wesentlichen Indikatoren bei sich wiederholenden Sätzen möglich. Auch sehe ich keine Erfordernis, alle diagnostischen Verfahren oder Kooperationspartner*innen einzeln abzufragen und auch nicht darin, die Dokumentation von Testergebnissen oder des Austauschs mit Mitbehandelnden separat zu erfragen, da Dokumentation per Abrechnungsziffer und Berufsordnung zwingend erforderlich ist. Diese Fragestellungen können aus meiner Sicht kombiniert und damit verkürzt werden.

- Optionsfelder wie „nicht möglich“ oder „nicht zutreffend“ sowie „keine Indikation“ für Therapieabbruch oder schwer kranke Patienten sind zu ergänzen, um diese Indikatoren im QS-Verfahren überspringen zu können.

- In der Kooperation sollte auch schriftlicher Austausch per Konsiliarbericht oder Entlassungsbericht akzeptiert werden, genauso wie die Option, dass eine Kooperation geprüft wurde, aber nicht notwendig war.

- Bezüglich anschließender Maßnahmen sollte zunächst erfragt werden, ob diese indiziert sind. Ansonsten ist dieser Bereich zu überspringen, da genesene Patienten keineswegs in Folgebehandlungen und -maßnahmen verwiesen werden sollten, wie es die Fragen ggf. implizieren.

- Eine Zusammenführung des QS-Verfahrens mit Empfehlungen zur Dokumentation der Psychotherapeutenkammern ist empfehlenswert, um einheitliche QS-Empfehlungen für die Praxen geben zu können.

- Das QS-Verfahren sollte sanktionsfrei und folgenlos als Pilotstudie eingeführt werden, um eine breitere Datenbasis für Verbesserungspotenziale und Referenzbereiche zu erhalten, Mitwirkung zu ermöglichen und die Akzeptanz zu erhöhen. Infolge der Pilotstudie sind weitergehende Beurteilungen, Anpassungen, Empfehlungen und ggf. eine Implementierung möglich.

- Eine Auswirkung des Verfahrens auf Behandlungsabläufe ist durch den Aufforderungscharakter und drohende unangenehme Konsequenzen bei Nicht-Erfüllung wahrscheinlich. Es sollten Möglichkeiten geschaffen werden, allen

vertraulich

Therapieverfahren und -methoden Freiraum zu geben, die individuellen Stärken ausspielen zu können und trotzdem der Qualitätssicherung Genüge zu tun. Auch dies ist im Rahmen einer Pilotstudie am ehesten zu erforschen.

- Das QS-Verfahren sollte in Praxisprogramme integriert werden, um keine zusätzlichen Abläufe zu schaffen. Die Umsetzung muss technisch einwandfrei und vorab erprobt sein.

- Eine Belastung der Praxen durch administrativen Zusatzaufwand ist angesichts der vielen Umstellungen und Belastungen der letzten Jahre zu minimieren sowie angemessen zu vergüten.

- Eine Übermittlung konkreter Daten wie Outcomes und Zielen muss auch für die Zukunft ausgeschlossen werden, damit auch kritische Themen in der Therapie besprechbar bleiben.

- Das Prinzip der Datensparsamkeit sollte bei Erhebung und Übermittlung beachtet werden.

vertraulich

IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

vertraulich

Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 14. Juni 2021

Impressum

Thema:
Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner:
Prof. Dr. Jürgen Pauletzki, Fanny Schoeler-Rädke

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:
17. Mai 2018

Datum der Abgabe:
14. Juni 2021, redaktionell angepasste Version vom 16. Juni 2021

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

info@iqtig.org
https://www.iqtig.org

vertraulich

Inhaltsverzeichnis

Stellungnahmeverzeichnis 5

Einleitung 6

1 Versorgungspraxis 7

2 Methodisches Vorgehen 9

2.1 Literaturrecherche 10

2.2 Expertengremium 13

2.3 Fokusgruppen 16

3 Grundgesamtheit des QS-Verfahrens 18

4 Qualitätsindikatorenset 24

4.1 Qualitätsaspekt „Diagnostik“ 30

4.1.1 Qualitätsindikator „Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung von behandlungsrelevanten Dimensionen“ 30

4.1.2 Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten“ 35

4.2 Qualitätsaspekt „Therapiezielvereinbarung“ 40

4.2.1 Qualitätsindikator „Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen“ 40

4.3 Qualitätsaspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“ 43

4.3.1 Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs“ 43

4.3.2 Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf“ 45

4.4 Qualitätsaspekt „Kooperation“ 47

4.4.1 Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten“ 48

4.5 Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“ 51

4.5.1 Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie“ 52

4.5.2 Qualitätsindikator „Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses“ 54

vertraulich

4.6 Qualitätsaspekt „Outcome“ ... 56
4.6.1 Qualitätsindikator „Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie“ ... 60
4.7 Nicht berücksichtigte Qualitätsaspekte ... 61
5 Umsetzungs- und Auswertungskonzept ... 63
5.1 Datenquelle/Erhebungsinstrument ... 63
5.2 Vollerhebung und länderbezogenes Verfahren ... 64
5.3 Anbindung Telematikinfrastruktur ... 65
5.4 Auslösung, prozessbegleitende Dokumentation und Vollzähligkeit ... 66
5.5 QS-Dokumentation und Datenfelder ... 68
5.6 Zweijähriger Auswertungszeitraum ... 70
5.7 Datenvalidierung ... 71
5.8 Stellungnahmeverfahren und Qualitätsförderung ... 72
5.9 Auswertungen und Aussagen ... 73
5.10 Berichtswesen ... 75
5.11 Verwendung von Sozialdaten ... 75
6 Machbarkeitsprüfung ... 77
7 Risikoadjustierung ... 79
8 Verbesserungspotenzial ... 80
9 Umgang mit Kurzzeittherapien ... 81
10 Gutachterverfahren und Qualitätssicherung ... 82
11 Nutzen des QS-Verfahrens ... 83
12 Patientenbefragung ... 85
Literatur ... 87

vertraulich

Stellungnahmeverzeichnis

Stellungnahmen der nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen und Institutionen

- Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie e. V. (BPM)
- Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V./ Berufsverband Deutscher Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie e. V. (BVDN/BVDP)
- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DÄVT)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)
- Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung e. V. (DGPSF)
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM)
- Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)
- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e. V. (DKPM)
- Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e. V. (DeGPT)
- GKV-Spitzenverband (GKV-SV)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V (PatV)
- Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (SM BWL)
- Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK)
- Robert Koch-Institut (RKI)
- Systemische Gesellschaft e. V. / Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. (SG/DGFSG)

Stellungnahmen der Mitglieder des Expertengremiums

- Michael Born (STN Expertin/Experte)
- Christiane Dittmann (STN Expertin/Experte)
- Stefanie Hild-Steimecke (STN Expertin/Experte)
- Sebastian Jugert (STN Expertin/Experte)
- Mechthild Lahme (STN Expertin/Experte)
- Beatrice Piechotta (STN Expertin/Experte)
- Sebastian Rühl (STN Expertin/Experte)
- Dr. Philipp Victor (STN Expertin/Experte)

vertraulich

Einleitung

Am 22. März 2021 hat das IQTIG den Vorbericht zum „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ vorgelegt. Im Anschluss daran erfolgte das sechswöchige Beteiligungsverfahren. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahmen endete am 2. Mai 2021. Es gingen 19 Stellungnahmen von verschiedenen Institutionen, Fachgesellschaften und Berufsverbänden sowie den Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ein. Zudem hatte das IQTIG den Mitgliedern des beratenden Expertengremiums die Möglichkeit zur Stellungnahme eingeräumt. Von den Expertinnen und Experten wurden 8 Stellungnahmen übermittelt.

Das IQTIG bedankt sich ausdrücklich bei allen Stellungnehmenden für ihre differenzierten und zum Großteil positiven Rückmeldungen sowie ihre konstruktive Kritik. Die Inhalte der eingegangenen Stellungnahmen wurden geprüft und gewürdigt, der Bericht wurde auf Basis der Stellungnahmen geprüft bzw. überarbeitet.

Die eingegangenen Stellungnahmen wurden in folgender Weise bearbeitet:

- Extraktion der zentralen Kritikpunkte und Anmerkungen mittels MAXQDA
- Sortierung und Zuordnung zu einer zugrundeliegenden Fragestellung bzw. Thematik soweit möglich Zuordnung der Themen zu den Kapiteln des Vorberichts
- Zusammenfassung der zentralen Aussagen unter einer thematischen Überschrift und Beantwortung der aufgeworfenen Frage(n)
- ggf. Hinweis auf Berücksichtigung im Abschlussbericht

Im vorliegenden Dokument werden die zentralen Aspekte aus den Stellungnahmen zusammengefasst und es wird erläutert, wie das Institut mit den vorgebrachten Hinweisen und der Kritik umgegangen ist. Die Hinweise und die Kritik aus den Stellungnahmen sind in Anlehnung an die Reihenfolge der Abschnitte und Kapitel des Vorberichts geordnet. Einem Großteil der Stellungnahmen ist eine Wertschätzung des Vorgehens des IQTIG zu entnehmen. Insbesondere wurden die Herausforderungen der Beauftragung sowie die Fokussierung auf Prozessqualität hervorgehoben. Erwartungsgemäß wird in vielen Stellungnahmen die Verfahrens- und Diagnoseunabhängigkeit, der konkrete Verbesserungsbedarf in der Versorgung sowie der Einsatz von standardisierten diagnostischen Instrumenten kritisch thematisiert. Im vorliegenden Dokument wird auf die entsprechenden Stellungnahmen eingegangen. Teilweise wurden Erläuterungen oder Präzisierungen zu einzelnen Themenabschnitten erbeten, die, sofern möglich, im Abschlussbericht ergänzt wurden. Änderungen oder Ausführungen, die die Qualitätsindikatoren betreffen, wie beispielsweise Formulierungen, Ein- und Ausschlüsse oder Ausfüllhinweise, finden sich im Bericht in den Beschreibungen der Qualitätsindikatoren (Kapitel 5) sowie im Dokument „Indikatorenset 1.1“.

Vertraulich

1 Versorgungspraxis

Durch eine stellungnahmeberechtigte Organisation wurde die umfangreiche Literaturrecherche zur psychotherapeutischen Versorgungspraxis als begrüßenswert bezeichnet (PatV, S. 8). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde hervorgehoben, dass die Darstellung der Versorgungssituation im Vorbericht als gelungen anzuerkennen sei (BÄK, S. 19).

In einer Stellungnahme wurde darauf hingewiesen, dass die Neuerungen zur Verordnungsbefugnis (Soziotherapie und weitere Heilmittel) von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nicht auf die Änderung der Psychotherapie-Richtlinie, sondern die des Bundesmantelvertrags zurückzuführen seien (KBV, S. 13).

IQTIG: Das IQTIG dankt für den Hinweis und korrigiert dies im Abschlussbericht.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass die durch die gesetzliche Krankenversicherung bewilligte Höchstgrenze an Therapiestunden für die Behandlung traumatisierter Patientinnen und Patienten nicht ausreiche und die gesetzliche Grundlage an den tatsächlichen Bedarf solch schwer belasteter Personen anzupassen sei (DeGPT, S. 5).

IQTIG: Das IQTIG nimmt die Anmerkung zur Kenntnis.

In zwei Stellungnahmen wurde die Anmerkung gemacht, zu den Ausführungen in Abschnitt 2.1.2 des Vorberichts sei zu ergänzen, dass auch im Anschluss an eine Rehabilitationsbehandlung keine zwingende Notwendigkeit für die psychotherapeutische Sprechstunde bestehe. Dies werde erst in der Abbildung auf S. 29 ersichtlich (KBV, S. 13; BÄK, S. 3).

In Abschnitt 2.1.3 des Vorberichts sei der Begriff „Verlängerungsantrag“ durch „Umwandlungsantrag“ zu ersetzen. Ebenso seien bereits vor Änderung der Psychotherapie-Richtlinie berufserfahrene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten von der Berichtspflicht im Rahmen der Kurzzeittherapie befreit gewesen. In Abschnitt 2.3.3 des Vorberichts sei ergänzend hinzuzufügen, dass durch die Terminservicestellen seit dem 01. Oktober 2018 auch Termine für die probatorischen Sitzungen vermittelt werden (BÄK, S. 3).

In einer Stellungnahme wurde bemerkt, es sei auf S. 23 des Vorberichts missverständlich dargestellt, dass die Mindestzahl an probatorischen Sitzungen von 2 auf 4 angehoben worden sei. Das Wort „müssen“ sollte durch „können“ ersetzt werden (KBV, S. 13). Von derselben stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass auf S. 24 des Vorberichts der Hinweis fehle, dass das Behandlungsende seit Mitte 2020 anhand einer „Pseudo-GOP“ angezeigt werde.

vertraulich

Dies werde erst auf S. 123 aufgeführt (KBV, S. 13). Es wurde überdies angemerkt, dass sich die Ausführungen auf S. 25 des Vorberichts so lesen würden, als bestünde eine Gutachterpflicht auch für Kurzzeittherapien (KBV, S. 13). Auch sei bezüglich der Seite 26 des Vorberichts klarzustellen, dass nicht nur die Psychotherapie-Richtlinie und -Vereinbarung, sondern vorrangig das Psychotherapeutengesetz das Konsiliarverfahren regele (KBV, S. 13).

IQTIG: Das IQTIG dankt für die Hinweise und präzisiert bzw. korrigiert die entsprechenden Stellen im Abschlussbericht.

Es werde der Beleg zur Aussage gefordert, „dass über 50 % der Patientinnen und Patienten eine sekundäre Suchtproblematik“ hätten (S. 30 des Vorberichts). Auch sei es wünschenswert, diese Textstelle um weitere Diagnosen zu ergänzen, um das breite Spektrum der psychotherapeutischen Indikationen aufzuzeigen (KBV, S. 13).

IQTIG: Das IQTIG prüft die genannte Stelle und wird im Abschlussbericht ggf. entsprechende Ergänzungen vornehmen.

In derselben Stellungnahme wurde angemerkt, dass die Formulierung einer Senkung der Wartezeit (S. 32 des Vorberichts) nicht zutreffend sei, da es die psychotherapeutische Sprechstunde vor 2017 noch nicht gegeben habe (KBV, S. 13).

IQTIG: Das IQTIG dankt für den Hinweis und präzisiert bzw. korrigiert die entsprechenden Stellen im Abschlussbericht.

Durch dieselbe stellungnahmeberechtigte Organisation wurde kritisiert, dass durch die Darlegungen auf S. 34 des Vorberichts der Eindruck entstehe, dass Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status und an Depression Erkrankte durch die psychotherapeutische Versorgung in hohem Maße benachteiligt würden. Bezüglich der Aussage des IQTIG: „In Studien wird auch darauf verwiesen, dass Chancenungleichheiten von Patientinnen und Patienten bezüglich des Erhalts eines Therapieplatzes vorliegen können.“ sei kein von Leitlinien abweichendes Vorgehen der Leistungserbringer zu berichten (KBV, S. 5).

IQTIG: Gemeint ist, die unterschiedliche Inanspruchnahme der psychotherapeutischen Versorgung durch unterschiedliche Gruppen. Keinesfalls gemeint ist ein aktiver benachteiligender Ausschluss durch die Leistungserbringer. Das IQTIG prüft und präzisiert den Abschnitt.

vertraulich

2 Methodisches Vorgehen

Durch mehrere Stellungnehmende wurde das methodische Vorgehen des IQTIG bei der Indikatorenentwicklung positiv bemerkt. So sei der Entwicklungsprozess „professionell und fundiert“ sowie „methodisch sauber“ abgelaufen mit Integration von Literatur, Fokusgruppenergebnissen, des Expertenkonsens und der politischen Zielsetzungen (OPK, S. 10). Das methodische Vorgehen sei ausführlich (DGPPN, S. 2; DGPM, S. 3) und dabei transparent und nachvollziehbar dargelegt worden (KBV, S. 5; BÄK, S. 17) und weise einen sehr guten qualitativen Standard auf (BPM, S. 2).

In einer Stellungnahme wurde das Vorgehen des IQTIG als sehr durchdacht und das Thema sehr vielfältig beleuchtet beschrieben (STN Expertin/Experte). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde dem IQTIG eine gute methodische Qualität bescheinigt, obgleich das vom IQTIG vorgesehene Vorgehen Fragen aufwerfe, die in der weiteren Entwicklung des QS-Verfahrens zu berücksichtigen seien (DKPM, S. 2). Die durch das IQTIG vorgenommene umfangreiche Literatur- und Leitlinienrecherche wurde von zwei Stellungnahmeberechtigten positiv anerkannt (PatV, S. 9; STN Expertin/Experte). Durch eine weitere stellungnahmeberechtigte Organisation wurde bemerkt, dass die den entwickelten Qualitätsindikatoren zugrundeliegenden Informationen insgesamt verständlich dargelegt seien (GKV-SV, S. 10). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde hervorgehoben, dass die methodischen Schritte der Indikatorenentwicklung, mit der ausführlichen Darlegung der Literaturextraktion im Anhang, transparent und gut nachvollziehbar dargestellt worden seien (KBV, S. 5).

Dagegen wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation die Darstellung des gesamten Prozesses der Indikatorenentwicklung als nicht ausreichend transparent und mehrheitlich nicht ausführlich genug kritisiert. Entscheidende Prozesse der Beratungen und Bewertungen innerhalb des IQTIG und mit dem Expertengremium seien nicht nachzuvollziehen (BPtK, S. 30). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde Kritik an der Beschreibung des methodischen Vorgehens im Vorbericht geäußert. Es sei nicht erkennbar, ob lediglich das grundsätzlich vorgesehene Vorgehen aus dem Methodenpapier oder der tatsächliche Vorgang beschrieben werde (BPtK, S. 4). Zudem wurde angemerkt, dass die Begründung, wie die getroffene Auswahl der Qualitätsindikatoren erfolgt ist, nicht ausreichend sei (DGPPN, S. 2). Auch eine andere Stellungnahme kritisierte, dass das methodische Vorgehen im Vorbericht nicht mit einheitlicher Detailtiefe beschrieben worden sei (DGPT, S. 2).

IQTIG: Im Vorbericht ist zum einen verkürzt das grundsätzliche methodische Vorgehen skizziert (ausführlich siehe „Methodischen Grundlagen“), zum anderen die konkrete Ausgestaltung, wie sie für diese Entwicklung erforderlich war.

vertraulich

2.1 Literaturrecherche

In einer Stellungnahme wurde gefordert, dass begründend dargelegt werden sollte, weshalb die verschiedenen Recherchethemen mit unterschiedlichen Recherchemethoden (systematische Recherche, orientierend) erschlossen wurden (GKV-SV, S. 10).

> **IQTIG:** Aufgrund der Erfahrungen aus systematischen Recherchen zu Themen, die die ambulante Psychotherapie betreffen, erschien entsprechend einiger formulierter Fragestellungen eine systematische Recherche in bibliografischen Datenbanken sowie die weitere systematische Selektion und Synthese geeigneter Artikel nicht angebracht bzw. geeignet. Dies hängt möglicherweise mit einem anderen Publikationsverhalten der Psychotherapieforschung im Gegensatz zu anderen Disziplinen wie der Medizin zusammen.
>
> Im Rahmen der orientierenden Recherche wurden Key Paper identifiziert, die als Ausgangspublikationen für eine Snowball-Recherche dienten. Bei dieser Methode der Informationsbeschaffung erfolgt eine prospektive Recherche nach Artikeln, die den Ausgangsartikel zitieren (Forward Citation Searching über Google Scholar), aber auch eine retrospektive Sichtung der im Artikel selbst zitierten Publikationen (Backward Citation Searching = Sichten der Referenzlisten der Key Paper). Des Weiteren wurden über die Funktion „Similar articles“ in PubMed dem Ausgangsartikel ähnliche Publikationen gesichtet. Die Dokumentation der orientierenden Recherche findet sich in Anhang A.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass zur Ableitung der Q-Merkmale kaum diagnose- und therapieverfahrensunabhängige Literatur, sondern mehrheitlich diagnosebezogene Leitlinien aus den USA und Großbritannien herangezogen wurden, die sich nicht ohne weiteres für die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland heranziehen ließen (KBV, S. 5).

In einer Stellungnahme wurde kritisiert, das mehrheitlich Leitlinien bei der Indikatorenentwicklung berücksichtigt wurden, jedoch keine Referenzen zu verfahrensspezifischen Qualitätsstandards (DGPT, S. 3).

In einer Stellungnahme angemerkt wurde, dass die Literatur und Leitlinien, die herangezogen wurden, sich mehrheitlich auf psychiatrische Behandlungen, sehr kurze therapeutische Interventionen im Kontext nicht-deutscher Gesundheitssysteme oder spezifische therapeutische Verfahren bezogen. Die Leitlinien seien derart behandelt worden, als seien sie verfahrensunabhängig gültig. Obgleich es eine Herausforderung für das IQTIG gewesen sein muss, den Anforderungen der Beauftragung entsprechende Literatur zu identifizieren, hätten diese Limitationen transparenter dargelegt werden sollen (STN Expertin/Experte).

Von einer anderen stellungnahmeberechtigte Organisation wurde das kritische Statement abgegeben, dass, obschon im Indikatorenset für jeden Indikator die

vertraulich

diagnosespezifischen Leitlinien korrekt und transparent aufgeführt wurden, die entsprechenden diagnosespezifischen Leitlinienempfehlungen so formuliert worden seien, als seien sie diagnoseunabhängig. Es sei nicht deutlich gemacht worden, „für welche Erkrankungen welche Leitlinienempfehlungen vorliegen“. Zur übersichtlicheren Einordnung, welche Indikatoren generisch auf die Psychotherapie anwendbar sind, wurde vorgeschlagen, tabellarisch darzustellen, für welche Diagnosen welche Leitlinienempfehlungen bestehen (BÄK, S. 4, S. 18).

IQTIG: Wie in den Methodischen Grundlagen des IQTIG beschrieben, wird, um relevante Abläufe oder Ereignisse der Versorgung zu identifizieren, die für einen Qualitätsaspekt als Qualitätsmerkmal genutzt werden könnten, auf das Ergebnis der im Rahmen der Entwicklung des Qualitätsmodells recherchierten Leitlinien bzw. deren Aktualisierung zurückgegriffen. Stehen evidenzbasierte Leitlinien (S3, S2e) zur Verfügung, bilden diese den Ausgangspunkt für die Ableitung von struktur- und prozessqualitätsbezogenen Qualitätsmerkmalen, und sofern Core Clinical Outcomes in den Leitlinien enthalten sind, auch von ergebnisqualitätsbezogenen Qualitätsmerkmalen. Bei Qualitätsmerkmalen aus ausländischen Leitlinien oder pflegerischen Expertenstandards wird zusätzlich geprüft, ob die Empfehlungen auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sind.

Für die Ableitung der Merkmale für das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie standen für alle adressierten Aspekte sowohl internationale Leitlinien als auch nationale S3-Leitlinien zur Verfügung. Diese sind auch u.a. in den Rationalen der Indikatoren transparent gemacht.

Im Zuge der Recherche konnte keine Leitlinie identifiziert werden, die diagnose- oder therapieverfahrensübergreifend die Intervention Psychotherapie adressiert. Auch das der Entwicklung zugrundeliegende diagnose- und verfahrensübergreifende Qualitätsmodell (Zwischenbericht 2019) wurde auf Basis der vorliegenden Evidenz entwickelt. Grundsätzlich könnte entsprechend den Methodischen Grundlagen bei völligem Fehlen von Leitlinienevidenz die Ableitung der Qualitätsmerkmale entlang des Versorgungspfads aus der besten verfügbaren Evidenz der eingeschlossenen, aktualisierten Wissensbestände erfolgen. Es ist zutreffend, dass zur Ableitung der Q-Merkmale kaum diagnose- und therapieverfahrensunabhängige Literatur identifiziert werden konnte, wie im Vorbericht in Abschnitt 3.2.4 auch formuliert. Daher wurden entsprechend den Methodischen Grundlagen die Merkmale auf Basis der nationalen und internationalen diagnosespezifischen Leitlinien sowie der besten verfügbaren Evidenz abgeleitet und geprüft.

Um diese Limitationen methodisch zu adressieren, wurde in die Bewertung und Diskussion der abgeleiteten Qualitätsmerkmale im Expertengremium sowohl für die Entwicklung der dokumentationsbasierten Indikatoren als auch

vertraulich

der Patientenbefragung zusätzliche Kriterien ergänzt, wie in Abschnitt 3.5.1 des Vorberichts dargestellt: „Themenspezifisch für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie und insbesondere da ausschließlich diagnosespezifische Leitlinien vorliegen, war in diesem Arbeitsschritt zudem eine Einschätzung durch die Expertinnen und Experten hinsichtlich der beauftragungsspezifischen Anforderung der Unabhängigkeit von einer spezifischen Diagnose sowie von dem angewandten psychotherapeutischen Verfahren sowie der Anwendbarkeit auf die Systemische Therapie erforderlich."

In mehreren Stellungnahmen wurde die Interpretation der Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche und im Besonderen die Auslegung der Studienergebnisse von Wittmann et al. (2011) kritisiert. Durch eine stellungnehmende Person wurde beanstandet, dass Ergebnisse des Artikels durch das IQTIG nicht angemessen interpretiert wurden. In einer anderen Stellungnahme wurde angemerkt, dass vom IQTIG nicht aufgegriffen worden sei, dass im Rahmen der Studie psychotherapeutische Behandlungen unter Einsatz von Testverfahren eine längere Dauer gehabt haben als jene, die dem Gutachterverfahren unterlagen (STN Expertin/Experte).

Diese Auffassungen werden in einer weiteren Stellungnahme geteilt, nach der sich aus der genannten Studie zudem nicht ableiten lasse, dass sich die initiale Diagnostik durch den Einsatz von „standardisierten bzw. psychometrischen Testverfahren" signifikant verbessern ließe (BPtK, S. 12). Die Interpretation der Studienergebnisse wird auch von anderen Stellungnehmenden kritisch gesehen und zudem angemerkt, dass die Studie darüber hinaus zu dem Ergebnis komme, „dass die alleinige Nutzung von QS-Instrumenten nicht eine direkte Verbesserung der Qualität der Therapie mit sich bringt." (KBV, S. 6, STN Expertin/Experte).

IQTIG: Das IQTIG prüft die Ergebnisse der Wittmann-Studie und ihre Aussagekraft für die Indikatorenentwicklung. Der Abschlussbericht wird entsprechend präzisiert und ergänzt.

Durch eine stellungnahmeberechtigte Organisation wurde angeregt, dass die Leitlinie zur PTBS vom 30.04.2019 zu berücksichtigen sei, da Traumafolgestörungen, laut Vorbereicht, zur am häufigsten mit Psychotherapie behandelten Störungsgruppe (F43.-) gehöre. Die Leitlinie sei für die Versorgung in Deutschland relevant und würde das Indikatorenset nachträglich nicht verändern. Die darin aufgeführten Empfehlungen sollten bei der psychotherapeutischen Behandlung der PTBS im Rahmen der Diagnostik und Behandlungsplanung und für den Indikator 43xx14 berücksichtigt werden (DeGPT, S. 2f., S. 4).

In einer weiteren Stellungnahme wurde vorgeschlagen, den Barmer Ärztereport 2020 in die Literaturrecherche aufzunehmen, „der einen Schwerpunkt auf die ambulante Psychotherapie mit der Auswertung von rund acht Millionen Versi-

vertraulich

chertendaten und einer repräsentativen Befragung von 2.000 Barmer-Versicherten u.a. über den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung und zur Zufriedenheit mit unterschiedlichen Aspekten der Behandlung legt“ (PatV, S. 9).

IQTIG: Die angesprochene Leitlinie lag zum Zeitpunkt der Leitlinienreche bzw. Aktualisierung der Recherche noch nicht veröffentlicht vor und fand daher keine Berücksichtigung. Grundsätzlich ist eine nachträgliche, selektive Hinzunahme einer einzelnen Leitlinie methodisch nicht zu empfehlen. Das IQTIG nimmt den Hinweis für zukünftige Weiterentwicklungen des Verfahrens auf.

Das IQTIG prüft, ob der Abschlussbericht um Informationen aus dem Barmer Ärztereport 2020 ergänzt werden kann.

2.2 Expertengremium

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde der Einbezug der Expertinnen und Experten sowie der Patientenvertretungen in die Indikatorenentwicklung ausdrücklich begrüßt (PatV, S. 11). Dieses Vorgehen wurde als kooperativ, konstruktiv und professionell gewürdigt (OPK, S. 3; STN Expertin/Experte).

Durch mehrere Stellungnahmeberechtigte wurde die ausgewogene Zusammensetzung des Expertengremiums hervorgehoben, in dem auch die Systemische Therapie und die Patientinnen und Patienten repräsentiert gewesen seien (GKV-SV, S. 11; SG/DGSF, S. 1; STN Expertin/Experte). Laut einer Stellungnahme sei positiv zu betonen, dass auf einen hohen Anteil an praktisch tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten geachtet wurde (KBV, S. 12 f.).

Eine gegenteilige Auffassung wurde durch zwei stellungnahmeberechtigte Organisationen vertreten, die kritisierten, dass die Zusammensetzung des Expertengremiums einerseits nicht ausgewogen erfolgt sei (SM BWL, S.1) und andererseits ausschließlich systemisch arbeitende Therapeutinnen und Therapeuten im Expertengremium nicht repräsentiert gewesen seien, wodurch die Anwendbarkeit der Merkmale bzw. Indikatoren für die Systemische Therapie nicht hätte eingeschätzt werden können und neu durch das IQTIG geprüft werden müsse (KBV, S. 6). Desweiteren sei unverständlich, weshalb eine Person, die gleichzeitig beratend für die Patientenvertretung in der AG DeQS tätig ist, in das Expertengremium aufgenommen wurde. Vor dem Hintergrund der erforderlichen Unvoreingenommenheit sollten derlei Konstellationen in Zukunft vermieden werden (KBV, S. 12 f.).

IQTIG: Der Kritik der Unausgewogenheit des Expertengremiums kann das IQTIG nicht folgen. Die Auswahl der Expertinnen und Experten erfolgte nach einem gestuften Auswahlverfahren (siehe Anhang C.1). Hierzu wurde zunächst die berufliche Qualifizierung (Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin/Psychotherapeut, Wissenschaftlerin/Wissenschaftler) als Auswahlkrite-

vertraulich

rium herangezogen und im nachfolgenden Schritt eine Auswahl aufgrund relevanter Berufserfahrung vorgenommen (hauptberuflich im ambulanten Bereich als Psychotherapeutin/Psychotherapeut mit Schwerpunkt Erwachsene tätig und/oder federführend in Forschungsprojekten mit inhaltlicher Relevanz, z. B. Psychotherapieforschung, tätig und/oder Aufweisen von besonderer methodischer Expertise, z. B. Indikatorenentwicklung, Outcome-Messung, Datenauswertung und/oder Aufweisen von besonderer Expertise im Kontext des Gesundheitssystems, z. B. Entwicklung im Kontext von Qualitätssicherung oder Modellprojekten wie z. B. PsychBado). Zusätzlich konnte eine ausgewogene Zusammensetzung der Expertinnen und Experten nach Geschlecht, Berufsalter, Qualifizierung, geografischem Versorgungsgebiet, Therapieverfahrensart und Zugehörigkeit in Fachgesellschaften realisiert werden.

Die Patientenvertreter bzw. -vertreterinnen für die Expertengremien werden von der Patientenvertretung des G-BA bzw. deren Mitgliedsorganisationen (Vertretung der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V) benannt.

Da die Systemische Therapie als viertes Richtlinien-Psychotherapieverfahren im November 2018 in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen wurde, wurde die Ausschreibung auf Expertinnen und Experten dieses Therapieverfahrens erweitert und gezielt an die entsprechenden Berufsverbände und Organisationen weitergeleitet. Mit Frau Dr. Borst konnte die Vorsitzende der Systemischen Gesellschaft und Leiterin des Ausbildungsinstitutes für systemische Therapie und Beratung in Meilen / Zürich und mit Frau Dr. Gemeinhardt eine weitere ausgewiesene systemische Therapeutin gewonnen werden. Zum Vorbericht ist entsprechend auch eine Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie sowie der Systemischen Gesellschaft eingegangen. Zusätzlich verfügen mehrere andere Mitglieder des Expertengremiums über eine Zusatzqualifikation in Systemischer Therapie.

vertraulich

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde das methodische Vorgehen bei der Einbeziehung des Expertengremiums zur Bewertung der Q-Merkmale hinsichtlich der Gewichtung der Expertenmeinung und des Handlungsspielraums des IQTIG als unklar bezeichnet (BPtK, S. 5). Durch mehrere Stellungnahmeberechtigte wurde kritisiert, dass die Darstellung des Entwicklungsprozesses im Vorbericht - im Gegensatz zu früheren Berichten - rein narrativ und intransparent sei und dadurch keine Nachvollziehbarkeit bestehe, worüber Konsens und worüber Dissens unter den Expertinnen und Experten bestanden hat (BÄK, S. 18; BPtK, S. 5; OPK, S. 3; STN Expertin/Experte). In zwei Stellungnahmen wurde der Bewertungsprozess der Qualitätsmerkmale im Expertengremium, der in Anlehnung an die RAND/UCLA-Appropriateness-Methode durchgeführt wurde, kritisiert. Eine entsprechende Transparentmachung der Bewertungsergebnisse sei nicht erfolgt (STN Expertin/Experte). Konkret wurde darüber hinaus angemerkt,

dass nicht nachvollziehbar sei, ob Unterschiede in der Bewertung der Q-Merkmale zwischen den Vertreterinnen und Vertretern innerhalb eines Therapieverfahrens oder verschiedener Therapieverfahren bestanden haben (BPtK, S. 5; KBV, S. 6). Darüber hinaus sollten die unterschiedlichen Expertenbewertungen erläutert werden (GKV-SV, S. 11). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde kritisiert, dass durch den „Schulenstreit" innerhalb des Expertengremiums nur unzureichende Kompromisse geschlossen worden seien, die der Qualitätssicherung und dem Schutz der Patientinnen und Patienten nicht genügten. Psychische Erkrankungen und ihre Linderung seien verfahrensunabhängig und die Senkung der Erkrankungsschwere durch Psychotherapie müsse messbar sein und gemessen werden (GKV-SV, S. 11).

IQTIG: Entsprechend den Methodischen Grundlagen hat das Expertengremium bei allen Entwicklungsschritten eine beratende Funktion für das IQTIG. Die Empfehlungen des Gremiums werden vom IQTIG nach jedem Treffen reflektiert und berücksichtigt. Das Expertengremium ist somit eine unter verschiedenen Wissensquellen, die das IQTIG bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren nutzt, wobei die finalen Entscheidungen zu jedem Zeitpunkt der Entwicklung in der Verantwortung des IQTIG liegen. Die merkmalsbezogene Einschätzung anhand definierter Kriterien anhand einer 9-stufigen Skala dient zur quantitativen Ermittlung der Übereinstimmung der Experten und darauf basierend als Diskussionsgrundlage bzw. zur Identifizierung von besonderem Diskussionsschwerpunkten. Eine detaillierte tabellarische Darstellung der einzelnen Bewertungen entspricht nicht diesem methodischen Konzept. Die Entscheidung, welche Qualitätsmerkmale in die weitere Indikatorenentwicklung eingehen, wird durch das IQTIG nach einer umfassenden Aufbereitung und Gegenüberstellung der Ergebnisse aus allen verfügbaren Wissensquellen getroffen.

vertraulich

Durch zwei Stellungnehmende wurde bemängelt, dass das Expertengremium erst nach der Ableitung konkreter Q-Merkmale in den Entwicklungsprozess einbezogen wurde (KBV, S. 6; BPtK, S. 4). In einer dieser Stellungnahmen wurde weiter ausgeführt, dass in der Folge durch das Expertengremium Kritik am Q-Modell nicht eingebracht werden konnte und dieses Vorgehen eine Schwäche der Methodischen Grundlagen des IQTIG offenlege, welche dringend bearbeitet werden müsse (KBV, S. 6f.).

IQTIG: Das IQTIG nimmt diese grundsätzliche Kritik an den Methodischen Grundlagen zur Kenntnis.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde dagegen kritisiert, dass laut Darlegung im Bericht einige Expertinnen und Experten dafür plädierten, die Indikatoren nicht zu konkret zu operationalisieren, um den Leistungserbringern den für die spezifische therapeutische Dyade notwendigen Gestaltunsspielraum zu erhalten. Dieser Forderung ist das IQTIG laut der Stellungnahme in zu hohem Maße nachgekommen. Es wurden dabei sehr unterschiedliche Haltungen zwischen den Vertreterinnen und Vertretern der einzelnen therapeutischen Verfahren hinsichtlich der Qualitätsanforderungen deutlich (GKV-SV, S. 8).

IQTIG: Das IQTIG hat dies eventuell im Vorbericht missverständlich formuliert. Dass die Operationalisierung der Indikatoren so gestaltet sein muss, dass beauftragungsgemäß die Verfahrens- und Diagnoseunabhängigkeit und insbesondere – ebenfalls beauftragungsgemäß – sichergestellt ist, „[…] dass das QS-Verfahren nicht in den therapeutischen Behandlungsprozess eingreift […]“, wurde vom IQTIG in das Expertengremium eingebracht und zur Diskussion gestellt. In dieser Diskussion wurde deutlich, dass diese Auffassung ganz überwiegend von den Expertinnen und Experten geteilt wird.

Die Empfehlungen des Gremiums werden vom IQTIG nach jedem Treffen reflektiert und berücksichtigt. Die finalen Entscheidungen liegen zu jedem Zeitpunkt der Entwicklung in der Verantwortung des IQTIG.

2.3 Fokusgruppen

In mehreren Stellungnahmen wurde das methodische Vorgehen bei der Fokusgruppendurchführung und -auswertung thematisiert.

Durch eine stellungnahmeberechtigte Organisation wurde hervorgehoben, dass die aufwendige Integration der Fokusgruppen als weitere wichtige Datenquelle in die Entwicklungsarbeit begrüßenswert sei (PatV, S. 10). Anderenorts wurde angemerkt, dass „die Akquise, Zusammensetzung und Durchführung der Gruppen“ keine Vorgehensweise darstelle, auf deren Grundlage sich „belastbare Ergebnisse“ ableiten ließen. Anstatt das Fokusgruppenmaterial mittels Inhaltsanalyse nach Mayring auszuwerten und darzustellen, sei das Vorgehen nicht den wissenschaftlichen Standards entsprechend vorgenommen worden. Darüber hinaus sei die vertraulich vorgenommene Auswahl der Zitate zugunsten der gewählten Qualitätsmerkmale vorgenommen und dieses Vorgehen mit dem Datenschutzaspekt bzgl. des Fokusgruppenmaterials begründet worden. Die Verallgemeinerung einzelner Aussagen der Fokusgruppenteilnehmenden entspräche nicht guter wissenschaftlicher Praxis (KBV, S. 5f.). Die Verallgemeinbarkeit einzelner Aussagen der Teilnehmenden wurde auch in einer weiteren Stellungnahme infrage gestellt. Dabei sei vor allem für die Operationalisierung und Entwicklung der Datenfelder relevant, dass nur eine Fokusgruppe aus Patientinnen und Patienten bestanden habe, die erst kürzlich ihre Therapie abgeschlossen hatten (BPtK, S. 8).

vertraulich

Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde kritisiert, die Schritte der Synthese der Fokusgruppenzitate seien intransparent und eine selektiv vorgenommene Auswahl der Zitate habe zu nicht nachvollziehbaren Schlussfolgerungen geführt (DGPT, S. 2). Auch die nicht dargelegte Gewichtung der Zitate, welche im Anhang hätte aufgeführt werden können, wurde in einer Stellungnahme kritisiert (STN Expertin/Experte). Von einem Mitglied des Expertengremiums wurde kritisiert, dass das Fokusgruppenmaterial nicht mittels anonymisierter Transkripte zur Verfügung gestellt wurde sowie dass die Auswahl der Zitate selektiv und intransparent sei (STN Expertin/Experte).

Durch ein weiteres Mitglied des Expertengremiums wurde angemerkt, dass keine der Verfahrensvielfalt entsprechende, differenzierte Auswertung des Fokusgruppenmaterials mit Überrepräsentation der Verhaltenstherapie stattgefunden habe, während die analytische Psychotherapie unterrepräsentiert gewesen sei. Es könnte durch das gewählte Vorgehen des IQTIG der Eindruck entstehen, dass die in den Gruppen geäußerten Qualitätsmängel vorrangig für ein einzelnes Verfahren gelten und Einzelmeinungen zu anderen Verfahren weniger Beachtung gefunden hätten (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Die Zusammensetzung der Fokusgruppen orientierte sich am tatsächliche Versorgungsgeschehen. Ausführliche Informationen dazu sind dem Vorbericht zur Indikatorenentwicklung als auch dem Zwischenbericht zur Entwicklung der Patientenbefragung zu entnehmen. Die Durchführung und Auswertung der Fokusgruppen erfolgte entsprechend den Methodischen Grundlagen des IQTIG.

Wie auch nochmals im Vorbericht dargestellt, erfolgt die Auswahl der Zitate nicht selektiv. Das Datenmaterial wurde entsprechend den Methodischen Grundlagen des IQTIG fokusgruppenübergreifend in Anlehnung an die zusammenfassende und strukturierende Inhaltsanalyse kodiert. Während mithilfe der aus den Moderationsleitfäden deduktiv entwickelten Hauptkategorien zunächst zentrale Aussagen aus den Fokusgruppen erfasst wurden, konnte mit den anschließenden induktiv entwickelten Subkategorien das Kategoriensystem präzisiert und das Datenmaterial umfassend interpretiert werden. Anschließend wurden die Ergebnisse der Datenanalyse aller Fokusgruppen vor dem Hintergrund derjenigen Qualitätsaspekte, für welche dokumentationsbasierte Indikatoren zu entwickeln sind, nochmals gesichtet und interpretiert. Es wurden solche Textstellen als Ankerbeispiele für die Ergebnisdarstellung im Bericht ausgewählt, die die Erfahrungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer prägnant veranschaulichen und stellvertretend für ähnliche Diskussionsbeiträge stehen.

Dabei dienten diese der Merkmalsableitung sowie der Identifizierung von Verbesserungsbedarfen – nicht der Operationalisierung von Datenfeldern.

vertraulich

3 Grundgesamtheit des QS-Verfahrens

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass das Kapitel „[…] eindrucksvoll die Heterogenität der Grundgesamtheit des geplanten QS-Verfahrens, sowohl hinsichtlich der betroffenen Patientinnen und Patienten als auch der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ belege (BÄK, S. 4).

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde kritisch angemerkt, dass die Ein- und Ausschlusskriterien nicht eindeutig nachvollziehbar seien und aus verschiedenen Kapiteln und Anhängen eigenständig herausgefiltert und interpretiert werden müssten. Zudem sei unklar, auf welcher Basis die Auswahl getroffen wurde (KBV, S. 5; BPtK, S. 30). Es wurde daher gebeten, eine kurze übersichtliche Tabelle im Abschlussbericht zu integrieren, die die Ableitung der Ausschlusskriterien veranschaulicht (KBV, S. 5).

IQTIG: Eine entsprechende Tabelle mit den ausgeschlossenen GOPs und Diagnosen ist aus Gründen der Übersichtlichkeit bereits dem Indikatorenset vorangestellt (dort Tabelle 2). Es wurde im Abschlussbericht zusätzlich der Abschnitt 4.3 ergänzt.

Die aufgelisteten Diagnosen sind für dieses Verfahren nur dann ausgeschlossen, wenn ausschließlich eine der ausgeschlossenen Diagnosen codiert wurde. Liegt eine weitere Diagnose der Einschlussdiagnosen (Anhang B.2), für die eine Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung besteht, vor, sind auch diese Patientinnen und Patienten in das QS-Verfahren eingeschlossen.

Zwei Stellungnehmende äußerten sich explizit zu den Einschlusskriterien (OPK, S. 4; KBV, S. 4 f.). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass die eingeschlossenen Patientengruppen durchweg sinnvoll erschienen (OPK, S. 4). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darum gebeten, den Einschluss von Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis kritisch zu prüfen. Die Gründe hierfür seien, dass die Betroffenen zum einen künftig über das gesonderte QS-Verfahren „Schizophrenie“ adressiert werden würden und zum anderen trete absehbar die Richtlinie zur strukturierten und koordinierten Versorgung psychisch erkrankter Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf in Kraft, welche insbesondere chronische Erkrankungen adressiere. Es solle daher eine überbordende Bürokratie und die mehrfache Befragung der Betroffenen vermieden werden. Zudem müsse die Zuschreibbarkeit der Leistungserbringung für ein QS-Verfahren sichergestellt sein (KBV, S. 4 f.).

IQTIG: Das IQTIG empfiehlt, die genannten Patientengruppen zunächst weiter einzuschließen. Zum einen ist das QS Verfahren Schizophrenie noch nicht im Regelbetrieb implementiert, zum anderen wird durch dieses ausschließlich die

vertraulich

Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer F20.- oder F25.-Diagnose adressiert und nicht alle Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Sobald das QS-Verfahren Schizophrenie in den Regelbetrieb übergegangen ist, könnte jedoch im Rahmen der Systempflege ein Ausschluss der Diagnosen F20.- und F25.- erneut geprüft werden. Das IQTIG weist jedoch ausdrücklich darauf hin, dass das QS-Verfahren Schizophrenie den gesamten Versorgungsablauf über lange Zeit adressiert, während das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie auf die Durchführung der konkreten Intervention Psychotherapie im ambulanten Sektor zielt. Es gäbe also auch bei Beibehaltung des Einschlusses auf der Indikatorebene keine inhaltlichen Überschneidungen für die Patientinnen und Patienten mit einer F20.- bzw. F25.-Diagnose. Zudem sind die niedergelassenen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen nicht in das QS-Verfahren Schizophrenie als Leistungserbringer eingeschlossen. Also gäbe es auch auf Leistungserbringerebene keine Überschneidungen. Inwieweit dies auch auf z.B. ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zutrifft, sollte dann ggf. im Rahmen von perspektivischen Ausschlussüberlegungen geprüft werden.

Bezüglich der erwarteten neuen Richtlinie zur strukturierten und koordinierten Versorgung psychisch erkrankter Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf ist anzumerken, dass diese leider – anders als angekündigt – nicht zum 31. Dezember 2020 vorlag. Aus diesem Grund waren entsprechende Inhalte dem IQTIG nicht bekannt und konnten in der Entwicklung nicht berücksichtigt werden.

Sobald die genannte Richtlinie beschlossen und veröffentlicht ist, empfiehlt das IQTIG eine Prüfung hinsichtlich Implikationen für die QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie und Schizophrenie.

vertraulich

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde der Ausschluss bestimmter Diagnosen kritisch diskutiert (DPR, S. 1; BPtK, S. 30; OPK, S. 4). Durch eine stellungnahmeberechtigte Organisation wurde dafür plädiert, dass die patientenseitigen Ausschlüsse für demenzielle Erkrankungen, organisches amnestisches Syndrom und Delir ersatzlos gestrichen werden sollten. Es sei nicht nachvollziehbar, aus welchen Gründen diese Patientengruppen nicht in das QS-Verfahren eingeschlossen sein sollten und außerdem beinhalte der Bericht keine fachliche Begründung hierfür (BPtK, S. 30). Zudem plädierten drei stellungnahmeberechtigte Organisationen dringend dafür, die Erkrankungen innerhalb der F70-Gruppe in das QS-Verfahren einzuschließen (DPR, S. 1; BPtK, S. 30; OPK, S. 4). Der Ausschluss der Diagnosegruppen F0x (Demenzen) und F7x (Intelligenzminderungen) sei grundsätzlich nachvollziehbar, da die Hauptdiagnose nicht primär durch die Psychotherapie behandelt oder gebessert werden könne, allerdings könnten Verhaltensauffälligkeiten dennoch, beispielsweise mithilfe einer Verhaltensthera-

pie, günstig beeinflusst werden. Außerdem gebe es seit einigen Jahren gesundheitspolitische Bemühungen, die psychotherapeutische Versorgung für diese Betroffenen zu verbessern (DPR, S. 1). Auch der G-BA ergänzte die Psychotherapie-Richtlinie dahingehend, so dass zusätzliche Zeiteinheiten zulasten der GKV abgerechnet werden könnten. Zudem bestünde die Möglichkeit, Bezugspersonen in die Behandlung mit einzubeziehen (OPK, S. 4; DPR, S. 1).

IQTIG: Die in Anhang B.3 aufgelisteten Diagnosen sind für dieses Verfahren nur dann ausgeschlossen, wenn ausschließlich eine der ausgeschlossenen Diagnosen codiert wurde. Liegt eine weitere Diagnose der Einschlussdiagnosen (Anhang B.2), für die eine Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung besteht, vor, sind auch diese Patientinnen und Patienten in das QS-Verfahren eingeschlossen.

Im Abschlussbericht wird dies präzisiert.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde kritisch angemerkt, dass die Einführung des QS-Verfahrens für die rund 6.000 Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Nervenärztinnen/Nervenärzte bzw Doppelfachärztinnen und Doppelfachärzte für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie (Fachgruppencodes 58 bzw. 51) nicht sinnvoll erscheine. Das QS-Verfahren betreffe ausschließlich Richtlinien-Psychotherapie, welches allerdings für diese Facharztgruppen nur ein Baustein des Gesamtbehandlungsplans ausmache. Der Gesamtbehandlungsplan beinhalte unter anderem sozialmedizinisch-rehablilitative Aspekte, Logopädie, Ergotherapie und zunehmend auch Hirn-Stimulationsverfahren. Eine Überarbeitung, im Sinne einer Nachbeauftragung sei daher dringend notwendig (BVDM-BVDP, S. 1 ff.).

Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass auf Seite 71 des Vorberichts die Psychiatrischen Institutsambulanzen nicht adressiert werden würden. Es müssten daher konsequenterweise auch die vertragsärztlichen Praxen für Psychiatrie und Psychotherapie nicht adressiert werden. Durch die Organisation wurde jedoch die Auffassung vertreten, dass Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, die ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch arbeiten, sehrwohl adressiert werden könnten (DGPPN, S.2).

IQTIG: Das zukünftige QS-Verfahren adressiert ausschließlich die Durchführung von Psychotherapie entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie. Aus den genannten Fachgruppencodes werden entsprechend nur die Leistungserbringer für das Verfahren QS-pflichtig, die diese Leistung auch tatsächlich nach Psychotherapie-Richtlinie durchführen und abrechnen. Dies trifft nur auf einen Teil dieser Leistungserbringergruppe zu. Im Rahmen bspw. einer Machbarkeitsprüfung müsste dies quantitativ konkretisiert werden.

vertraulich

Da, wie bereits angeführt, das zukünftige QS-Verfahren ausschließlich die Durchführung von Psychotherapie entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie adressiert, ist eine umfassende Betrachtung des Gesamtbehandlungsplans für die Zielsetzung dieses QS-Verfahrens nicht erforderlich.

Von mehreren Stellungnehmenden wurde der Ausschluss der Psychiatrischen Institutsambulanzen kritisch gesehen und damit die Einteilung der adressierten Leistungserbringer in der Übersichtstabelle 4 im Vorbericht hinterfragt (PatV, S. 5; DGPPN, S.2; BVDM-BVDP, S. 2 f). Durch eine Organisation wurde dies damit begründet, dass die PIAs und Praxen der Fachgruppencodes 51 und 58 gemeinsam entweder als eingeschlossen oder als obsolet gelten müssten, da sie „[...] Patientinnen und Patienten mit vergleichbaren Erkrankungen und vergleichbarem Schweregrad sowie in vergleichbarer Anzahl psychiatrisch-psychotherapeutisch“ behandeln würden. Eine andere Einschätzung gelte für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, da diese hauptsächlich psychotherapeutisch tätig seien (BVDM-BVDP, S. 2 f.).

IQTIG: Das zukünftige QS-Verfahren adressiert ausschließlich die Durchführung von Psychotherapie entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie.

Entsprechend §1 der Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V erfüllen PIAs „einen spezifischen Versorgungsauftrag für psychisch Kranke, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines solchen besonderen, krankenhausnahen Versorgungsangebotes bedürfen. Das Angebot der Psychiatrischen Institutsambulanzen richtet sich an Kranke, die von anderen vertragsärztlichen Versorgungsangeboten, insbesondere von niedergelassenen Vertragsärzten und Psychotherapeuten sowie Medizinischen Versorgungszentren, nur unzureichend erreicht werden.“

Gemäß §6 dieser Vereinbarung „[entspricht] die ausschließliche psychotherapeutische Behandlung mit Leistungen im Sinne der Kurz- und Langzeittherapie der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) […] nicht den Anforderungen dieser Vereinbarung.“ Des Weiteren können nach §8 „[d]ie Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen in der Institutsambulanz nach § 118 Absatz 3 SGB V […] nur von einem Facharzt mit abgeschlossener Weiterbildung in Psychosomatischer Medizin und Psychotherapie getroffen werden.“

Zusätzlich wurde ein eigener bundeseinheitlicher Katalog zur Dokumentation der PIA-Leistungen auf Basis des GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) in § 295 Abs. 1b SGB V festgelegt. Es existieren zudem spezifische Vergütungsvereinbarungen für Psychiatrische Institutsambulanzen.

Die psychotherapeutischen Leistungen in PIA unterscheiden sich in vielfältiger Hinsicht von der psychotherapeutischen Versorgung in der Niederlassung bzw.

vertraulich

in MVZ. Sie sind daher nicht in dieses QS-Verfahren einzuschließen. Im Abschlussbericht wird eine Erläuterung hierzu ergänzt.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation sowie einem Mitglied des Expertengremiums wurde der Ausschluss der Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten sowie von Minderjährigen kritisiert (SM BWL, S. 1 f.; STN Expertin/Experte). Es sei nicht nachvollziehbar, warum Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten nicht in das QS-Verfahren eingehen würden, wenn ihre Patientinnen und Patienten das 18. Lebensjahr vollendet haben. Wenn diese eine Therapeutin bzw. einen Therapeuten der Erwachsenenpsychotherapie aufsuchen würden, unterlägen sie anderen Formalien (STN Expertin/Experte). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass laut der Beauftragung des G-BA Patientinnen und Patienten ausgeschlossen werden würden, die noch nicht volljährig seien. Dies sei bezüglich der Patientenbefragung nachvollziehbar, allerdings nicht für die QS-Dokumentation bei den Leistungserbringern (SM BWL, S. 1 f.).

Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde zudem angemerkt, dass eine grundsätzliche Gleichbehandlung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten über die unterschiedlichen Versorgungsbereiche angestrebt und unterstützt werde. Die in der Stellungnahme aufgeführten Punkte sollten dringend bei der Entwicklung eines QS-Verfahren für die ambulante Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen berücksichtigt werden, vor allem sollten hier die F70- Diagnosen eingeschlossen und eine bessere Zusammenarbeit zwischen der Entwicklung der Patientenbefragung und der QS-Dokumentation angestrebt werden (OPK, S. 4 f.).

vertraulich

IQTIG: Beauftragungsgemäß sind in das QS-Verfahren keine Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten eingeschlossen, da sich dieses Verfahren nur auf die Versorgung volljähriger Patientinnen und Patienten i.S.d. „Erwachsenen-Psychotherapie“ bezieht.

Therapien von Kindern und Jugendlichen unterscheiden sich von denen der Erwachsenen unter anderem hinsichtlich der beteiligten Akteurinnen und Akteure (wie Eltern, Jugendhilfe, Schule), der Diagnostik und teilweise den Therapiezielen. Sie stellt u. a. auch erweiterte Anforderungen an die Kooperation, aufgrund der häufig notwendigen Zusammenarbeit mit Institutionen außerhalb der Familie, z. B. mit der Schule, dem Jugendamt oder der Familienhilfe. Ergänzende Versorgungsziele der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sind bspw. die Prävention psychischer Erkrankungen im Erwachsenenalter bzw. das Vermeiden von Chronifizierungen bis ins Erwachsenenalter hinein sowie das Vermeiden von Entwicklungsstörungen bzw. das Erlangen der Fähigkeit, wichtige Entwicklungsstufen zu bewältigen. Für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wäre ein separates Qualitätsmodell als Grundlage einer

Indikatorenentwicklung zu entwickeln. Die Qualität der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen und die von Erwachsenen kann daher nicht in einem gemeinsamen Verfahren bewertet werden.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde gebeten, den Datenpool und die Sozialdaten liefernde Krankenkasse kurz zu beschreiben, um die Ergebnisse des Hochrechnungsmodells besser einordnen zu können. Grundsätzlich wird die Vorgehensweise, reale Daten aus der Versorgung zu betrachten, begrüßt (KBV, S. 6).

IQTIG: Die hier angesprochene Sozialdatenanalyse erfolgte bereits im Rahmen der Konzeptstudie. Umfassende Ausführungen zum Datenpool und zur Datenanalyse finden sich in Kapitel 3.4 des Zwischenberichts zum entwickelten Qualitätsmodell vom 28. Februar 2019.

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde angemerkt, dass das IQTIG von einer zu geringen Zahl von ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ausgehe (KBV, S. 3; DGPPN, S. 6). Statt der vom IQTIG angegebenen 6.219 Leistungserbringer liege die Zahl (Stand 31.12.2019) bei 11.916. Möglicherweise gingen in die Kalkulation des IQTIG Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie nicht ein (KBV, S. 3). Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde darauf hingewiesen, dass die angegebene Anzahl an ca. 28.000 ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nicht mehr aktuell sei (KBV, S. 4 f.; DGPPN, S. 3; DGPM, S. 3; BPM, S. 3). Laut der KBV Statistik „stehen für die Versorgung 35.872 ärztliche (6.141) und Psychologische (29.731) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Verfügung.“ Seit Ende 2019 seien noch weitere 800 Sitze aufgrund der Reform zur Bedarfsplanung in Planung (KBV, S. 4 f.). Von anderen Stellungnehmenden wurde angemerkt, dass die Anzahl an ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, laut der KBV (Stand 31.12.2019), bei 11.916 liege. Es wurde vermutet, dass die Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie nicht eingerechnet wurden (DGPPN, S. 3; DGPM, S. 3; BPM, S. 3).

IQTIG: Das IQTIG dankt für die Hinweise. Das IQTIG wird die Zahlen für den Abschlussbericht prüfen und aktualisieren bzw. wird nach Prüfung der genannten Tabellen und des zugehörigen Textes diese korrigieren.

vertraulich

4 Qualitätsindikatorenset

In einer Stellungnahme wurde erklärt, dass das vom IQTIG erarbeitete QS-Verfahren inhaltlich nachhaltig, sachgerecht, transparent und nachvollziehbar sei und keine inhaltlichen Nachträge erfordere (RKI, S. 1). Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde angeführt, dass das mit dem Expertengremium konsentierte Indikatorenset mitgetragen werde (PatV, S. 14) und der Einbezug der Patientenperspektive begrüßenswert sei (SM BWL, S. 1).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde auf die Besonderheiten und Herausforderungen dieses QS-Verfahrens im Vergleich zu bereits etablierten QS-Verfahren hingewiesen (GKV-SV, S. 5, 10). Von mehreren Mitgliedern des Expertengremiums wurde angemerkt, dass das IQTIG mit einem großen und anerkennenswerten Aufwand ein QS-Verfahren entwickelt habe, das den gesetzgeberischen Auftrag umsetze, dabei die Besonderheiten und Vielfalt der Psychotherapie und die fachliche Einschätzung des Expertengremiums berücksichtige (STN Expertin/Experte). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde die Forderung des Gesetzgebers, geeignete Indikatoren zur Beurteilung der Strukur- und Prozessqualität festzulegen, begrüßt (PatV, S. 6). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass „[…] das IQTIG die zufriedenstellende Erfüllung der selbst gestellten Forderungen (S. 20 Vorbericht) wohl begründet darlegt“ (DGPT, S. 8).

Durch zwei Mitglieder des Expertengremiums wurde anerkannt, dass das IQTIG gemeinsam mit dem Expertengremium mit viel Aufwand, Sorgfalt und auf weitestgehend transparente Weise Ergebnisse erarbeitet habe, die der Logik der Qualitätssicherung und den Anforderungen der Psychotherapie entsprechen. Das Indikatorenset sei gelungen, zukunftsweisend und „eine wertvolle Orientierungshilfe zur Qualitätssicherung“ für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (STN Expertin/Experte).

Von einem Mitglied des Expertengremiums wurde dagegen kritisiert, es sei nicht in ausreichendem Maße gelungen, die „psychotherapeutische Behandlungslogik“ mit dem QS-Verfahren abzubilden. Einerseits liege dies in den gesetzlichen Rahmenbedingungen, andererseits im Vorgehen des IQTIG begründet. So seien wichtige Wirkfaktoren aus der Psychotherapieforschung unberücksichtigt und die Indikatoren nicht entsprechend ihres Einflusses auf das Behandlungsergebnis gewichtet (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Ausführungen, weshalb im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung wichtige Wirkfaktoren der Psychotherapie (wie z.B. die therapeutische Beziehung) nicht berücksichtigt sind, finden sich im Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell des IQTIG sowie in der Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren des AQUA-Instituts.

vertraulich

Eine Gewichtung der Indikatoren entsprechend ihres Einflusses auf das Behandlungsergebnis ist methodisch nicht vorgesehen.

In zwei Stellungnahmen wurde beschrieben, die Entwicklung von Indikatoren zur Prozessqualität sei begrüßenswert und deren Auswahl erscheine angemessen (DKPM, S. 2; BPM, S. 2). Laut einer Stellungnahme sei mit den sehr plausibel gestalteten Prozessindikatoren des geplanten Verfahrens und dem damit einsetzenden Vorgehen der Weg in eine vertrauensvolle, der guten psychotherapeutischen Versorgung dienlichen QS geebnet (SG/DGSF, S. 1). Auch sei das überschaubare, den Therapieverlauf abbildende Indikatorenset widerspruchsfrei in bestehende QM-Strukturen integrierbar (SG/DGSF, S. 1; DPR, S. 1) und weise eine hohe Fokussierung auf, was begrüßenswert sei (KBV, S. 3). Auch seien die Qualitätsziele der Indikatoren gut nachvollziehbar (GKV-SV, S. 6). Es wurde angemerkt dass, die entwickelten Indikatoren zielführend (DGPM, S. 3) und vor dem Hintergrund der Beauftragung schlüssig (SM BWL, S. 1) seien.

IQTIG: Das IQTIG prüft für den Abschlussbericht die Möglichkeit einer Optimierung der Darstellung.

Durch eine stellungnahmeberechtigte Organisation wurde zudem angemerkt, dass die einzelnen Indikatoren in ihrer Bedeutung für die QS nicht gleichrangig sein könnten, da sie in unterschiedlichem Maße auf den einzelnen Wissenquellen basierten. Aufgrunddessen könnte das Indikatorenset nur in seiner Gesamtheit weiter betrachtet und erprobt werden (OPK, S. 10).

Laut einer Stellungnahme nehme das IQTIG fälschlicherweise an, dass die Gesamtheit der Qualitätsindikatoren für alle „Versorgungskonstellationen“ in gleichem Maße nutzbar sei. Es sei erwartbar, dass diese Limitation und dadurch entstehende methodische Erfordernisse, wie Untergruppenbildung, durch das IQTIG berücksichtigt und dargelegt werden (BÄK, S. 18).

IQTIG: Die Indikatoren des QS-Verfahrens wurden beauftragungsgemäß verfahrens- und diagnoseunabhängig entwickelt. Das IQTIG stimmt zu, dass perspektivisch im Rahmen der Weiterentwicklung geprüft werden könnte, ob bestimmte „Versorgungskonstellationen“ definiert werden können, für die ggf. beispielsweise zusätzliche Indikatoren entwickelt werden könnten.

vertraulich

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation werde eine klare abschließende Einschätzung bezüglich der Systemischen Therapie erwartet. Im Vorbericht sei darauf hingewiesen worden, dass diese zum Zeitpunkt der Beauftragung noch nicht als Richtlinien-Psychotherapieverfahren anerkannt war und die Übertragbarkeit der Entwicklungsergebnisse daher nur eingeschränkt geprüft werden konnten (KBV, S. 4).

IQTIG: Da die Systemische Therapie als viertes Richtlinien-Psychotherapieverfahren im November 2018 in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen wurde, wurde die Ausschreibung auf Expertinnen und Experten dieses Therapieverfahrens erweitert und gezielt an die entsprechenden Berufsverbände und Organisationen weitergeleitet. Mit Frau Dr. Borst konnte die Vorsitzende der Systemischen Gesellschaft und Leiterin des Ausbildungsinstitutes für systemische Therapie und Beratung in Meilen / Zürich und mit Frau Dr. Gemeinhardt eine weitere ausgewiesene systemische Therapeutin gewonnen werden.

Zudem wurden die mit dem Expertengremium zu prüfenden und zu diskutierenden Kriterien um eine Einschätzung hinsichtlich der Anwendbarkeit auf die Systemische Therapie ergänzt.

Zum Vorbericht ist entsprechend auch eine Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für systemische Therapie, Beratung und Familientherapie sowie der systemischen Gesellschaft eingegangen.

Das IQTIG empfiehlt die Indikatoren auch für die Systemische Therapie. Diese Einschätzung wird in der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für systemische Therapie, Beratung und Familientherapie sowie der Systemischen Gesellschaft geteilt. Das IQTIG wird im Abschlussbericht eine entsprechende Formulierung ergänzen.

vertraulich

Von zwei stellungnehmenden Mitgliedern des Expertengremiums wurde darauf hingewiesen, dass es Überschneidungen zwischen dem Indikatorenset und den veröffentlichten Empfehlungen zur Basis- und Verlaufsdokumentation gebe, weshalb eine Abstimmung der beteiligten Akteurinnen und Akteure wünschenswert gewesen sei (STN Expertin/Experte). Durch eine stellungnahmeberechtigte Organisation wurde empfohlen, den QS-Dokumentationsbogen direkt mit der veröffentlichten Basisdokumentationsempfehlung zu vergleichen, statt lediglich zu konstatieren, dass diese nicht in einem Widerspruch zueinander stehen (BÄK, S. 8).

IQTIG: Das IQTIG nimmt die Anmerkungen zur Kenntnis.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde kritisiert, dass mit den Indikatoren nicht der Dokumentation des Therapieprozesses gedient, sondern standardisiert und inhaltlich in diesen eingegriffen werde und dessen Qualität anhand dieser Indikatoren nicht in angemessener Weise zu erfassen sei (DGPT, S. 2).

Auch durch ein Mitglied des Expertengremiums wurde angemerkt, dass das QS-Verfahren eine teilweise Standardisierung des Behandlungsprozesses bedeute und damit die therapeutische Beziehung beeinträchtige und das therapeutische Handeln einschränke. Dies könnte sich negativ auf die individuelle Behandlung der Patientinnen und Patienten auswirken (STN Expertin/Experte).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dem methodischen Vorgehen bei der Indikatorenentwicklung fehlten Kriterien zur Bestimmung der Möglichkeit einer Verantwortungszuschreibung von QS-Ergebnissen zum Leistungserbringer (GKV-SV, S. 12). Laut einer anderen Stellungnahme seien bei Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen die vom IQTIG beschriebene Verantwortungszuschreibung und Beeinflussbarkeit vom Leistungserbringer fraglich (BÄK, S. 17 f.).

IQTIG: Das IQTIG stimmt zu, dass dies komplexe und derzeit ungeklärte Herausforderungen bezüglich der Abbildbarkeit von Ergebnisqualität im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung sind. Die entwickelten Indikatoren adressieren jedoch und auch aus diesem Grund ausschließlich die Prozessqualität.

In einer Stellungnahme wurde kritisiert, dass lediglich nach der Erfüllung der Indikatoren gefragt werde, jedoch keine Vorgaben dazu gemacht werden, nach welchen Kriterien diese Erfüllung zu gelten habe (DGPSF, S. 1).

IQTIG: Die Vorgaben zur Erfüllung der Indikatoren ergeben sich aus den Datenfeldern und den entsprechenden Rechenregeln.

Durch eine stellungnehmende Person wurde kritisiert, dass das Indikatorenset zu sehr an einem „biomedizinischen Krankheitsmodell“ ausgerichtet und dementsprechend zu symptomfokussiert sei. Darüber hinaus würden die Schlüsselprozesse der Psychotherapie durch die Indikatoren nicht abgebildet (STN Expertin/Experte). In einer anderen Stellungnahme wurde die Kritik angebracht, die Indikatorenentwicklung habe sich vorrangig an den Grundsätzen der Verhaltenstherapie orientiert. Dieser Eindruck werde dadurch verstärkt, dass im Abkürzungsverzeichnis [des Indikatorensets] lediglich „VT“ und „CBT“ aufgeführt seien, die anderen Verfahren jedoch nicht (DGPT, S. 3).

IQTIG: Das IQTIG kann eine Symptomfokussierung des Verfahrens anhand der vorgeschlagenen Indikatoren und der konkreten Operationalisierung nicht erkennen. Lediglich ein einziges Datenfeld in einem Indikator adressiert die Symptomatik.

Ausführungen, warum im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung wichtige Wirkfaktoren der Psychotherapie (wie z.B. die therapeutische Beziehung) nicht berücksichtigt sind, finden sich im Zwischenbericht zum entwickelten

vertraulich

Qualitätsmodell sowie in der Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren des AQUA-Instituts.

Bei den genannten Abkürzungen im Verzeichnis handelt es lediglich um einen redaktionellen Fehler, der korrigiert wird. Inhaltliche Aussagen die Entwicklung des QS-Verfahrens betreffend sind aus einem Abkürzungsverzeichnis nicht ableitbar.

In mehreren Stellungnahmen wurde sich zur Ausgestaltung des Indikatorensets mit seinen Datenfeldern geäußert.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde kritisiert, dass der Datensatz, auch verglichen mit der bestehenden QS des G-BA, wenig „anwenderfreundlich“ sei, was insbesondere bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne bisherige Erfahrung mit einer standardisierten Dokumentation von Relevanz sei. Teilweise sei die Gesamtheit der Datenfelder inhaltlich widersprüchlich und inkonsistent, weshalb eine detaillierte Überarbeitung wünschenswert sei. Aufgrund sehr umfangreicher und sich ähnelnder Formulierungen bestehe das Risiko unbeabsichtigter Fehler bei der Dokumentation. Ebenfalls das in der QS bislang unübliche Gendern in den Datenfeldern trage zu einer erschwerten Lesbarkeit bei. Zwischenüberschriften, durch die sich auch die Datenfeldtexte verkürzen ließen, könnten den Bogen übersichtlicher erscheinen lassen. (BÄK, S. 6 f., S. 18 und S. 19).

Zudem erscheine es nicht sinnvoll, viele Items und deren Dokumentation einzeln abzufragen (STN Expertin/Experte). Dies wurde ebenfalls durch eine der stellungnahmeberechtigten Organisationen angemerkt (GKV-SV, S. 13). Zudem erscheine es nicht sinnvoll, das Gutachterverfahren durch solch ein umfangreiches Instrument zu ersetzen. Vor allem für Kurzzeittherapien erscheine der Dokumentationsaufwand nicht verhältnismäßig. Zugunsten der „Datensparsamkeit, Akzeptanz und Verstehbarkeit“ sei eine Verdichtung der Datenfelder wünschenswert (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Die Datenfelder wurden umfänglich auf Inkonsistenzen bzgl. Inhalt oder Formulierung geprüft und optimiert sowie der Dokumentationsbogen bspw. durch das Einfügen von Zwischenüberschriften nutzerfreundlicher gestaltet.

In zwei Stellungnahmen wurde die Formulierung „in möglichst vielen Fällen“ bei einem Referenzbereich von 90 %, und „in möglichst allen Fällen“ bei einem Referenzberich von 95 % in Frage gestellt. Es sei ungewöhnlich eine Differenz von nur 5 % zwischen der Operationalisierung von „viele“ und „alle“ zu bestimmen. Im Vorbericht werde die Entscheidungsgrundlage der Qualitätsziele und Referenzbereiche nicht deutlich (BPtK, S. 5; BÄK, S. 10).

IQTIG: Das IQTIG ergänzt im Abschlussbericht entsprechende Informationen.

vertraulich

In einer Stellungnahme wurde erbeten, dass es ermöglicht werden sollte anzugeben, „dass ein QS Indikator störungsbedingt nicht erfüllt werden kann“, um einer „Risikoselektion“ entgegen zu wirken (DGPPN, S. 5). In einer anderen Stellungnahme wurde gefordert, eine Antwortoption „nicht möglich“ oder „nicht zutreffend“ zu ergänzen, um die Beantwortung für Fälle von Therapieabbruch und schwer Erkrankte zu verkürzen (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Die Indikatoren des QS-Verfahrens wurden beauftragungsgemäß verfahrens- und diagnoseunabhängig entwickelt. Das IQTIG stimmt zu, dass perspektivisch im Rahmen der Weiterentwicklung geprüft werden sollte, ob Fallgruppen definiert werden können, für die ggf. ein Ausschluss aus bestimmten Indikatoren erwogen werden sollte.

Für einige Indikatoren wurde nach Prüfung ein Datenfeld zum Therapieabbruch ergänzt und die Rechenregel entsprechend angepasst.

Laut einer Stellungnahme hätten die bereits etablierten QS-Maßnahmen im psychotherapeutischen Bereich (Super- und Intervision) bei der Entwicklung des QS-Verfahrens keine Beachtung gefunden. Dies sei nicht nachvollziehbar, da es beispielsweise im QS-Verfahren Schizophrenie vergleichbare Indikatoren gebe (Fallkonferenz, Arbeitsanweisung, Fortbildung) und die Frage nach Super-/Intervision auch fallbezogen erfolgen könnte (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Bei den angesprochenen Maßnahmen handelt es sich um Aspekte der Strukturqualität. Für diese sollten beauftragungsgemäß explizit keine Indikatoren entwickelt werden. Für den Fall einer Anschlussbeauftragung, die auf Strukturqualität zielt, wird das IQTIG den Hinweis beachten.

Laut einer Stellungnahme bedeute die verpflichtende Dokumentation der psychotherapeutischen Prozesse während des gesamten Behandlungverlaufs einen Eingriff in die Versorgung. Durch die QS würde die noch nicht etablierte Dokumentation zum Standard erhoben werden. Es bestehe die Gefahr, dass das als bürokratische Belastung empfunden werden könnte, was die Akzeptanz der psychotherapeutischen Leistungserbringer gegenüber der digitalen Dokumentation schmälern wird (BÄK, S. 8).

IQTIG: Entsprechend § 38 der Psychotherapie-Richtlinie besteht schon zum jetzigen Zeitpunkt eine Verpflichtung zur schriftlichen Dokumentation. Sowohl die Einführung einer standardisierten Dokumentation als auch die Etablierung eines QS-Verfahrens sind gesetzliche Forderungen aus dem SGB V. Das IQTIG schätzt es als zielführend ein, bei der konkreten Umsetzung und Implementierung zu prüfen, welche sinnvollen Synergieeffekte genutzt werden können.

vertraulich

4.1 Qualitätsaspekt „Diagnostik“

4.1.1 Qualitätsindikator „Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung von behandlungsrelevanten Dimensionen“

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde darauf hingewiesen, dass es sich bei den Qualitätsanforderungen für den Indikator um Minimalstandards handele und sich die Items vollumfänglich mit den Fragen im Rahmen des Gutachterverfahrens decken bzw. komplett mit den Empfehlungen der BPtK übereinstimmen würden (BPtK, S. 10 f.; OPK, S. 5; DGPT, S. 4, GKV-SV, S.7). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurden daher keine Bedenken bzgl. der abgefragten Items gesehen (OPK, S. 5). Da die Diagnostik ein Standard sei, wurde darauf hingewiesen, dass dieser nicht auf „möglichst alle“, sondern „alle“ Patientinnen und Patienten zutreffen solle. Die wenigen Ausnahmen wären vom Referenzbereich abgedeckt. Allerdings wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation angemerkt, dass es aus methodischer Sicht kritisch zu hinterfragen sei, wie hoch die Validität der Antworten werde. Daher wurde hinterfragt, ob diese generischen prozessbezogenen Selbstauskünfte fallbezogen dokumentiert werden müssen, oder nicht mit vergleichbarer Validität in jährlichen Einrichtungsbefragungen erhoben werden können. Allerdings sei bereits bei einer einrichtungsbezogenen Leistungserbringerdokumentation die Berechnung des Indikators auf Basis von 13 Datenfeldern unter Aufwand-Nutzen-Gesichtspunkten sowie der stark ausdifferenzierten Abfrage etablierter Standards der psychotherapeutischen Diagnostik mit einem Ja/Nein-Antwortschema nicht vertretbar. Es würde sich um ein sehr aufwendiges Reminder-System für einen Bereich handeln, für den relevante Qualitätsdefizite nicht belegt seien. Würde dieser Indikator fallbezogen erhoben werden, würde daraus ein enormer Dokumentationsaufwand entstehen, obwohl das Verbesserungspotenzial hier fraglich sei (BPtK, S. 11). Zusätzlich wurde die Frage aufgeworfen, mit welchem Ergebnis das IQTIG hier rechne, welches sinnvoll für die fallbezogene Qualitätssicherung genutzt werden könnte. Es wurde außerdem dazu geraten, die Dokumentation und nicht nur die Abklärung mit einer Frage zu erfassen (GKV-SV, S. 13 f.). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass der Indikator erst erprobt und evaluiert werden solle. Zudem eigne sich der Indikator nicht zur Qualitätssicherung, sondern für das interne Qualitätsmanagement der Einrichtung (KBV, S. 8).

IQTIG: Entscheidend ist der konkrete Aufwand beim Leistungserbringer. Für dieses QS-Verfahren sind die Datenfelder von neun Indikatoren prozessbegleitend über den gesamten Behandlungszeitraum bei gleichzeitig im Durchschnitt eher niedrigen Fallzahlen pro Leistungserbringer zu dokumentieren. Das IQTIG hat die Filterführung überarbeitet, um den Aufwand weiter zu reduzieren.

vertraulich

Derzeit ist es nicht möglich, zu quantifizieren, wie viele Leistungserbringer statistisch oder qualitativ auffällig werden würden. Dies ist erst nach einer Erprobungsphase zu erwarten. Wird ein Deckeneffekt beobachtet kann im Rahmen der Verfahrenspflege über eine Aussetzung des Indikators beraten werden. Die empfohlenen Indikatoren bzw. die Indikatorenergebnisse können perspektivisch zusätzlich für das interne Qualitätsmanagement genutzt werden.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass es in der Ableitung des Indikators nachvollziehbar sei, dass Patientinnen und Patienten ihre Diagnostik als unzureichend empfänden. Ob diese allerdings fehlerhaft seien, entziehe sich deren Beurteilung. Zudem erscheine der Begriff „garantierter Standard“ unangemessen im Kontext der Psychotherapie (BÄK, S. 9).

IQTIG: Der Indikator zielt gerade auf den inhaltlichen Mindestumfang des diagnostischen Gesprächs, nicht auf eine Fehlerhaftigkeit bei einzelnen diagnostischen Schritten.

Der Begriff „garantierter Standard“ wurde durch eine neue Formulierung ersetzt.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde vorgeschlagen, einen Filter in der Spezifikation für „chronifizierter Verlauf“ hinzuzufügen, da bei Patientinnen und Patienten mit einer langen psychiatrischen oder einer chronischen Laufbahn eine Diagnostik nicht mehr indiziert wäre, wenn der Fokus der Therapie auf Erhaltung läge oder die Patienten-Therapeut-Beziehung schon lange besteht. Dadurch sollten alle Diagnostikfelder (auch der Indikator 43xx18) fakultativ und nicht obligatorisch sein. Zudem wurde von der stellungnahmeberechtigten Organisation angemerkt, dass Patientinnen und Patienten nach einer Rehabilitation oder einem stationären Aufenthalt bereits eine ausführliche Diagnostik gehabt hätten und weitere Untersuchungen zu Beginn der Therapie unnötig wären. Daher wurde vorgeschlagen, diesbezüglich ein weiteres Datenfeld aufzunehmen (KBV, S. 8).

IQTIG: Hier In der Konstellation, dass ein Patient / eine Patientin über einen sehr langen Zeitraum (von vielen Jahren) ohne formale Unterbrechung bei einem Leistungserbringer behandelt wird, würde dieser Fall nur einmal QS-pflichtig mit Beendigung der Therapie werde und auch die Datenfelder des Indikators bzw. die Diagnostik nur einmal anfallen. Wird bei demselben Leistungserbringer nach Behandlungspause erneut eine Therapie begonnen, ist auch ein diagnostisches Gespräch durchzuführen.

Folgender Ausfüllhinweis wurde für diesen Indikator ergänzt:

Es können hier auch Ergebnisse aus der Diagnostik, die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik oder einer vorangegangenen

vertraulich

Akutbehandlung beim selben Leistungserbringer. Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass die Erfassung der Lebensqualität keinen allgemeinen diagnostischen Standard für alle Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung darstelle, da beispielsweise für eine valide Erfassung des multidimensionalen Konstrukts entsprechende validierte Fragebögen Voraussetzung sein würden. Drei Leitlinien empfehlen die Erhebung der Lebensqualität, nur eine davon explizit zu Beginn der Behandlung. Trotzdem wurde diese Empfehlung durch das Datenfeld 19 aufgegriffen. Es sei nicht sachgerecht, dass die Datenfelder 12 bis 24, auch die Lebensqualität, mit einer UND-Verknüpfung operationalisiert wurden. Dies würde einem diagnose- und verfahrensübergreifenden QS-Verfahren nicht gerecht werden und einen unbegründeten Eingriff in den diagnostischen Prozess zur Folge haben (BPtK, S. 9 ff.).

IQTIG: Für diesen Indikator bzw. das erwähnte Datenfeld ist nicht die Messung von Lebensqualität mittels standardisierter Messinstrumente zur Erfassung von Lebensqualität gefordert, sondern das Thematisieren im Rahmen der Diagnostik hinsichtlich möglicher Einschränkungen dieser.

Von einer Stellungnehmenden aus dem Expertengremium wurde darauf auf ein Missverständnis bezüglich des Datenfeldes zur verfahrensspezifischen Diagnostik hingewiesen. Es ginge nicht darum, die genannten Dimensionen mit dem Datenfeld zu ergänzen, sondern das gesamte diagnostische Vorgehen sei verfahrensspezifisch. Dies bedeute, dass alle Informationen ihre Bedeutung nur vor dem Hintergrund des verfahrensspezifischen Theoriemodells und Krankheitsverständnisses erhalten würden. Daher solle das Datenfeld 24 gestrichen werden (STN Expertin/Experte). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass die Rechenregel besage, dass eine verfahrensspezifische Diagnostik durchgeführt werden muss, obwohl die Diskussion aus dem Expertengremium darauf verwiesen habe, dass die Möglichkeit hierfür unbedingt erhalten bleiben müsse (Vorbericht S. 86). Falls die Rechenregel trotzdem so beabsichtigt war, dann müsse dies begründet werden (BÄK, S. 9 f.).

IQTIG: Das Datenfeld zur ergänzenden verfahrensspezifischen Diagnostik zielt darauf ab, dass entsprechend des zur Anwendung kommenden Therapieverfahrens spezifische diagnostische Elemente ergänzt werden, die durch die aufgeführten behandlungsrelevanten Dimensionen nicht abgedeckt sind.

vertraulich

Die Bezeichnung „in der Anfangsphase“ wurde teilweise kontrovers in den Stellungnahmen diskutiert. Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass bei dem Indikator die Festlegung fehle, wann die Anfangsphase beginnt und endet und somit die Anforderung mit der Dokumentation erfüllt werden müsse (GKV-SV, S. 13 f.). Von einer Stellungnehmenden des Expertengremiums wurde hingegen positiv angemerkt, dass die Anfangsphase und die Abschlussphase der Eingangdiagnostik patientenindividuell festgelegt und dokumentiert werden sollten (STN Expertin/Experte).

Von zwei anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde zudem als positiv erachtet, dass es den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten grundsätzlich selbst überlassen sei, wann genau sie das diagnostische Gespräch führen würden (KBV, S. 8; SG/DGSF, S. 2). Dies sei bereits in der Sprechstunde oder Probatorik möglich und könne den anschließenden therapeutischen Prozess entlasten (KBV, S. 8). Diese Standards seien auch für Systemische Therapeutinnen und Therapeuten erfüllbar (SG/DGSF, S. 2).

IQTIG: Eine konkrete Vorgabe, welche oder wie viele Termine zur Anfangsphase zu zählen sind bzw. für die Diagnostik zur Verfügung stehen, beurteilt das IQTIG als nicht sachgerecht. Dies würde nachteilig in den therapeutischen Prozess eingreifen. Zeitpunkt und Zeitspanne können gerade abhängig von der Diagnose/ dem Störungsbild, der konkreten Problemkonstellation sowie hinsichtlich anderer komplexer patientenindividueller Besonderheiten erheblich voneinander abweichen.

Es wird nochmal darauf hingewiesen, dass sich die Anfangsphase sowie der diagnostische Prozess im Sinne dieses Indikators auch auf die Sprechstunde oder Probatorik bezieht.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass eine zwingende Erfassung von Substanzmissbrauch und Suizidalität zu Behandlungsbeginn kritisch wäre, da die Themen hochsensibel seien. Der Leistungserbringer müsse daher selbst entscheiden können, ob und wann dies angesprochen werde. Der richtige Zeitpunkt müsse nicht unbedingt in der Anfangsphase sein (KBV, S. 7).

IQTIG: Bezüglich dieser Datenfelder ist nicht eine sofortige umfassende Erörterung dieser Themen gemeint. In der Anfangsphase ist aber zwingend abzuklären, ob dies für den jeweiligen Behandlungsfall relevante, in der Behandlungsplanung zu berücksichtigende oder sogar akut interventionsbedürftige Themen sind.

vertraulich

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde vorgeschlagen, explizit und routinemäßig nach belastenden Lebensereignissen in der Eingangsdiagnostik zu fragen, da wissenschaftlich belegt sei, dass diese sowohl zur Chronifizierung komorbider Störungen als auch bei Nichtbeachtung zu weniger erfolgreichen Psychotherapien führen würden. Dies könne entweder in Form einer Ergänzung des Datenfeldes 13 „Wurde im Rahmen der Diagnostik in der Anfangsphase der Behandlung die biografische Anamnese einschließlich belastender oder traumatischer Lebensereignisse erfasst?“ erfolgen oder als ein zusätzliches Datenfeld, welches auf das Datenfeld 13 folgen könnte: „Ist eine Erhebung von belastenden oder traumatischen Lebensereignissen erfolgt?“ (ja/nein) (DeGPT, S. 4 f.).

IQTIG: Ein zusätzliches Datenfeld ist nicht erforderlich. Belastende oder traumatische Lebensereignisse sind unter „biografische Anamnese“ subsumiert.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass die Erfassung der 13 Items eine konkrete Abfragenotwendigkeit suggeriere, die auch anders erfolgen könne und dies daher klargestellt werden müsse (DGPT, S. 4). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde erläuternd dargestellt, dass für die Erfassung der Dimensionen nicht zwingend explizit mit der Patientin bzw. dem Patienten darüber gesprochen werden müsse, sondern dies auch mit einem „diagnostischen Blick“ erfassbar wäre. Oft lasse sich auch durch Begleitumstände erschließen, dass bestimmt Aspekte in der Diagnostik keine Relevanz hätten. Diese diagnostische Kompetenz müsse auch der ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutenschaft zugestanden werden und es läge in ihrer Therapiehoheit, was im individuellen Fall relevant sei und was weiter thematisiert werden sollte. Zudem sei fraglich, ob für alle Patientinnen und Patienten jede genannte Dimension in der Therapie in allen drei Phasen erfasst werden müssen (KBV, S. 3, 4, 7).

IQTIG: Auf welche konkrete Weise und in welchem Umfang die jeweiligen behandlungsrelevanten Dimensionen erfasst werden, wird durch den Indikator nicht vorgegeben. Die genannten Dimensionen sind für die Diagnostik zu thematisieren, in den späteren Phasen der Behandlung (im Rahmen der Verlaufsbeobachtung) sind nur noch die für den individuellen Behandlungsfall auch relevanten Dimensionen zu betrachten.

vertraulich

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, entgegen der Einschätzung des IQTIG, dass es mehrere Abrechnungsziffern gäbe (GOP 35151, GOP 35150, GOP 35141), mit denen anhand von Sozialdaten der tatsächliche Umfang der diagnostischen Gesprächsleistungen und systematischer Erhebung diagnostischer Informationen vor Beginn einer RichtlinienPsychotherapie ermittelt werden könne (BPtK, S. 7 f.).

IQTIG: Den derzeit verfügbaren Abrechnungsziffern wäre insbesondere die Anzahl von Behandlungsterminen, in denen üblicherweise die Diagnostik im Vordergrund steht, entnehmbar. Die konkreten Inhalte der diagnostischen Gespräche i.S.d. empfohlenen Indikators lassen sich durch diese nur in sehr geringen Umfang abbilden.

4.1.2 Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten“

Der Einsatz standardisierter Testverfahren wurde in den Stellungnahmen erwartungsgemäß kontrovers diskutiert. Mehrere Stellungnahmeberechtigte äußerten sich kritisch zum generell verpflichtenden Einsatz standardisierter Testverfahren in der ambulanten Psychotherapie (DGPT, S. 2 f.; DÄVT, S. 3 f.; DGPSF, S. 1; STN Expertin/Experte). Durch eine stellungnahmeberechtigte Organisation wurde darauf hingewiesen, dass Tests keinerlei Hinweise auf die inhaltliche Qualität des Prozesses der Psychotherapie geben würden und hiermit absehbare Interferenzen in Kauf genommen werden würden, die zu einem Eingriff in den Therapieprozess psychodynamischer Behandlungen führten (DGPT, S. 2 f.). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass es eine offensichtliche Überbewertung von standardisierten Instrumenten sowie Dokumentationen gebe, welche nicht geeignet seien, den Einzelfall gültig abzubilden (DÄVT, S. 3 f). Zudem wurde von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation geäußert, dass die Durchführung eines standardisierten Testverfahrens nur dann ein Qualitätsindikator sei, wenn das Verfahren indiziert wäre und leitliniengerecht erfolge (DGPSF, S. 1). Von einer stellungnahmeberechtigten Person des Expertengremiums wurde angemerkt, dass alle Stellen des QS-Verfahren abgelehnt werden müssten, „[…] an denen eine Standardisierung des Behandlungsprozesses die Handlungsfreiheit des Therapeuten zum Nachteil des Patienten einschränkt“ (STN Expertin/Experte).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde die Frage aufgeworfen, „[...] ob eine Festlegung des Einsatzes von geeigneten, validierten Messinstrumenten als neuer Standard für die Richtlinienpsychotherapie über die Operationalisierung des entsprechenden Qualitätsindikators erfolgen sollte.“ Aus Sicht der Stellungnehmenden gingen derart weitreichende normative Vorgaben, welche neue fachliche Standards definieren würden, über die bestehenden berufs-

vertraulich

rechtlichen Regelungen hinaus. Diese wären dann in der Psychotherapie-Richtlinie und nicht über die Themenspezfisichen Bestimmungen des QS-Verfahrens in der DeQS-Richtlinie zu regeln (BPtK, S. 14). Von einer Stellungnehmenden des Expertengremiums wurde ebenfalls darauf hingewiesen, dass es bisher keine Pflicht zum Einsatz eines standardisierten diagnostischen Instrumentes in der Psychotherapie-Richtlinie oder der Psychotherapievereinbarung gebe.

Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass nach eigener Prüfung von elf nationalen S3-Leitlinien im Rahmen der Diagnostik die Anwendung validierter standardisierter bzw. strukturierter Messverfahren empfohlen werde. Die Leitlinien würden somit auf einen medizinisch-psychotherapeutischen Standard hinweisen, „[...] der für die Versorgung eines breiten Spektrums psychischer Erkrankungen Gültigkeit besitzen dürfte“ (BPtK, S. 12). Dennoch wurde von einer anderen stellungnehmenden Organisation angemerkt, dass die Anwendung standardisierter Testverfahren keine Selbstverständlichkeit für alle Therapieverfahren sei. Es sei zwar wissenschaftlich nicht ausreichend untersucht, ob die Anwendung standardisierter Testverfahren tatsächlich die Qualität verbessere, dennoch müsse das IQTIG seinem Auftrag und den gesetzlichen Vorgaben gerecht werden. Die in diesem Indikator vorgestellte Lösung sei elegant und praktikabel. Es sei positiv, dass eine gefürchtete Schädigung des therapeutischen Prozesses vermieden werde und es keine Vorgabe von spezifischen Erfassungsinstrumenten gebe. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Verfahrensspezifität im weiteren Entwicklungs- und Erprobungsprozess berücksichtigt werden sollte. Es werde eine enge Kooperation zwischen Forschung, Praxis und Qualitätssicherung erforderlich sein, um künftig Konzepte zu entwickeln, mit denen die Qualität des diagnostischen Vorgehens valide und verfahrensübergreifend erfassbar wäre (OPK, S. 6).

Zu dem Referenzbereich des Indikators haben sich mehrere Stellungnehmende kontrovers geäußert. Für mehrere stellungnahmenberechtigte Organisationen gilt die Anwendung von Instrumenten als Standard in der psychotherapeutischen Versorgung und es wurde daher dem Referenzbereich zugestimmt (OPK, S. 6; BPtK, S. 12; GKV-SV, S. 14) bzw. dazu geraten, dass dieser nicht auf „möglichst alle“ sondern „alle“ Patientinnen und Patienten zutreffen sollte. Die wenig denkbaren Ausnahmen seien vom Referenzbereich abgedeckt (GKV-SV, S. 14).

Von einigen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass der Referenzbereich des Indikators noch einmal kritisch hinterfragt werden sollte. Der Grund hierfür sei, dass zum einen eine verpflichtende Anwendung von Testverfahren von dem Expertengremium außerordentlich kritisch gesehen wurde und zum anderen, laut den Abrechnungsdaten, diese nur bei ca. 15 % der Patientinnen und Patienten angewendet werde. Der Referenzbereich von ≥90 % erscheine daher fraglich (BÄK, S. 10). Ergänzend hierzu wurde von einer Stellungnehmenden

vertraulich

des Expertengremiums angemerkt, dass der Hinweis, dass nur 15 % der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ein Testverfahren abrechnen, auch so interpretiert werden könne, dass es 85 % für nicht ausreichend erforderlich hielten. Es wurde die Frage aufgeworfen, wie viel Entscheidungsfreiheit verbleiben würde, wenn der Referenzbereich bei 90 % läge. Zudem sei bei einem Referenzbereich von 90 % eine Patientenselektion zu befürchten (STN Expertin/Experte).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass in der Metaanalyse von Beard und Delgadillo (2019) die Autoren betonten, dass weitere Forschung notwendig sei um den Effekt früherer Symptomverbesserungen auf das Behandlungsergebnis nicht nur für die Verhaltenstherapie, sondern auch für andere Therapieverfahren einschätzen zu können. Daher würde die Studie mit Blick auf die Anforderungen an eine diagnose- und verfahrensunabhängiges QS-Verfahren relevanten Limitationen unterliegen (BPtK, S. 12 f.). Zu dieser Einschätzung kam auch ein anderes stellungnehmendes Mitglied des Expertengremiums und so wurde darauf hingewiesen, dass zudem die Studie von Schawohl und Odenwald (2018) und die zitierten Leitlinien ebenfalls keinen Nachweis lieferten, dass sich durch den verpflichtenden Einsatz von standardisierten Messverfahren die Therapieergebnisse verbessern würden (STN Expertin/Experte). Zusätzlich wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation angemerkt, dass die Studie von Wittmann et al. nicht den Schluss zu lasse, dass eine Anwendung von standardisierten bzw. psychometrischen Testverfahren die Eingangsdiagnostik signifikant verbessere (BPtK, S. 12).

IQTIG: Die Anforderung wurde entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG auf Basis der Leitlinienempfehlungen abgeleitet. Und zielt nur indirekt auf die Verbesserung des Behandlungsergebnisses, sondern zunächst auf die Verbesserung der Diagnostik. Eine umfassende Diagnostik zu Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung, die durch den Einsatz quantitativer Messverfahren ergänzt wird, ist Voraussetzung für eine Behandlungsplanung und das Formulieren von Behandlungszielen, und ist somit unmittelbar von Bedeutung für die Patientinnen und Patienten und folglich ein patientenrelevantes Ziel.

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisation wurde Kritik an der Zuteilung der projektiven Testverfahren zu den standardisierten Testverfahren geäußert. Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass es in keiner Weise nachvollziehbar sei, auf welcher Datengrundlage die Ableitung der Datenfelder 28 und 29 erfolgte. Nach der fachlichen Einschätzung der Stellungnehmenden zählen die projektiven Testverfahren nicht zu den standardisierten diagnostischen Instrumenten, die in diesem Indikator abgebildet werden sollen. Zusätzlich seien keine evidenzbasierten Leitlinien bekannt, die dies als eine validiere und differenzierte Diagnostik empfehlen würde. Lediglich das Vorhan-

vertraulich

densein von Abrechnungspositionen rechtfertige keinen Einbezug in die Operationalisierung des Indikators. Da hier eine ODER-Verknüpfung vorgesehen sei, wäre eine ausschließliche Anwendung und Dokumentation projektiver Testverfahren bereits ausreichend. Zudem sei kritisch anzumerken, dass die kriterienorientierte Bewertung des Indikators mit den Anpassungen und Beratungsprozessen des Expertengremiums nicht beschrieben seien und somit auch nicht nachvollziehbar seien. Es erscheine somit äußerst fraglich, dass ein solcher Indikator zur Qualitätssicherung beitragen könnte (BPtK, S. 13). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass projektive Testverfahren zu den psychologischen Untersuchungsmethoden mit niedriger Auswertungsobjektivität zählen würden und daher ließen sie sich auch nicht unter „standardisierte diagnostische Instrumente“ subsumieren (BÄK, S. 10 f.).

IQTIG: Das IQTIG bedankt sich, dass auf diesen Fehler hingewiesen wurde. Die Datenfelder zu den projektiven Testverfahren wurden entfernt.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass die Anwendung standardisierter diagnostischer Instrumente im Bereich belastender Lebensereignisse einen Zusammenhang der Symptomatik mit der Lebenserfahrung herstellen könne, wonach der Leistungserbringer explizit fragen solle. Es wird daher folgendes Item vorgeschlagen: „Sind standardisierte diagnostische Instrumente zur Erfassung belastender oder traumatischer Erlebnisse eingesetzt worden? (Ja/nein)“ (DeGPT, S. 4).

IQTIG: Wie oben beschrieben, obliegt die Auswahl des konkreten Instruments der behandelnden Psychotherapeutin / dem behandelnden Psychotherapeuten, die/der dies patientenindividuell entscheidet. Die Operationalisierung lässt somit auch ein Instrument zur Erfassung belastender oder traumatischer Erlebnisse zu. Es bedarf keines eigenen Datenfelds.

Von einigen Stellungnehmenden wurde die Verfahrensunabhängigkeit nicht als gegeben gesehen, da der Einsatz standardisierter Testverfahren nicht auf psychoanalytisch und tiefenpsychologisch begründete Verfahren anwendbar sei (DGPT. S.4; Expertengremium). Eine Verfahrensunabhängigkeit könne nur sichergestellt werden, wenn die Indikations- und Behandlungsfreiheit in diesem Qualitätsziel unberührt bleiben würden. In einer tiefenpsychologischen Behandlung sei das Anwenden von Testverfahren bereits ein Eingriff in die Beziehung sowie therapeutische Behandlung (STN Expertin/Experte). Ebenso sei der Indikator nicht kompatibel mit dem psychodynamischen Verfahren, da hier die Erfassung und das Verständnis der Beziehungsdynamik im Erstinterview viel bedeutsamer seien. (DGPT, S. 4). Von einer Stellungnehmenden des Expertengremiums wurde angemerkt, dass Testverfahren im Rahmen der psychodynamischen Verfahren nur einen begrenzten Nutzen hätten bzw. sogar kontraindiziert sein könnten (STN Expertin/Experte). Laut einer stellungnahmeberechtigten Organisation sei durch

vertraulich

den Einsatz standardisierter diagnostischer Instrumente das „Übertragungs- und Therapiegeschehen“ nachhaltig negativ beeinflussbar. Insbesondere für die psychodynamischen Verfahren stelle er keine Bedingung für gute Qualität dar (KBV, S. 8). Zudem führe der Einsatz standardisierter Messverfahren eventuell zu mehr symptombezogenen Diagnosen, sage aber nichts über die Qualität der Diagnostik aus oder führe zu einer Verbesserung (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Hier ist nochmals Anzumerken, dass die Wahl des Testverfahrens und des konkreten Zeitpunkts der Durchführung nicht durch den Indikator vorgegeben werden, sondern ausschließlich bei der Therapeutin bzw. dem Therapeuten liegen. Zugelassen für diesen Indikator sind zudem auch standardisierte/strukturierte klinische Interviews.

Der Indikator wurde um das Datenfeld **„**Patientin/Patient lehnte ab“ ergänzt.

Die analytische Psychotherapie geht nicht mehr in die Berechnung dieses Indikators ein.

Im Abschlussbericht wird der Hinweis, dass in § 10 Abs. 2 der Psychotherapie-Richtlinie für die diagnostische Abklärung seit längerem der regelmäßige Einsatz standardisierter diagnostischer Instrumente gefordert wird, ergänzt

Mehrere stellungnahmeberechtige Organisationen äußerten sich zu der Strukturierung der Datenfelder und zu Ausfüllhinweisen (BÄK, S. 10 f.; BPtK, S. 14; GKV-SV, S. 14). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass die Datenfelder 25 bis 31 schwer lesbar seien aufgrund repititiver längerer Satzteile. Zudem sei nicht nachvollziehbar, warum es in einigen Datenfeldern „in der Anfangsphase der Behandlung im Rahmen der Diagnostik“ und bei anderen „im Rahmen der Diagnostik in der Anfangsphase der Behandlung“ heiße. Weiterhin könnten die Texte der Datenfelder 12 bis 31 drastisch gekürzt werden, wenn eine einmalige Zwischenüberschrift: „Diagnostik in der Anfangsphase der Behandlung“ eingefügt werden würde (BÄK, S. 10 f.). Zudem sei die Lesbarkeit erschwert, da die Datenfelder 27 bis 31 und 39 bis 45 im Imperfekt formuliert seien („erfolgte“), während nur bei dem Datenfeld 26 die Aussage ohne nachvollziehbaren Grund im Perfekt („ist erfolgt“) formuliert wurde (BÄK, S. 10). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass bei diesem Indikator der Prozess der Durchführung und der Dokumentation jeweils in eigenen Datenfeldern abgebildet seien, im Gegensatz zu den Datenfeldern des ersten Indikators. Der Bezeichnung nach zu urteilen, solle aber eine Dokumentation auch bei diesem Indikator stattfinden. Der Unterschied werde allerdings in der konkreten Operationalisierung der Indikatoren nicht erläutert. Die Stellungnehmenden halten es jedoch grundsätzlich für geboten, den zusätzlichen Dokumentationsaufwand sowie die Anzahl der auszufüllenden Datenfelder bei der Einführung des QS-Verfahrens so gering wie möglich zu halten. (BPtK, S. 14). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass

vertraulich

die Frage nach der Anwendung und der Dokumentation in einer Frage erfasst werden könne. Zudem müsse definiert werden, was unter einem strukturierten klinischen Interview/Gespräch zu verstehen sei, damit keine falsch positiven Antworten gegeben würden. Dies gelte auch für die angemessenen Testverfahren, da die Definition völlig beliebig sei (GKV-SV, S. 14).

IQTIG: Die Formulierungen und die Struktur der Datenfelder wurden anhand der Hinweise aus dem Beteiligungsverfahren überarbeitet. Entsprechend den methodischen Vorgaben, ist dabei zu beachten, dass in einem Datenfeld nicht mehr als eine Information abgefragt wird.

4.2 Qualitätsaspekt „Therapiezielvereinbarung“

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde es als sachgerecht erachtet, dass das ursprünglich zweite Q-Merkmal „Überprüfung der Therapieziele im Therapieverlauf“ im weiteren Entwicklungsprozess dem Q-Aspekt zur Überprüfung des Therapiefortschritts zugeordnet wurde (BPtK, S. 14 f.).

4.2.1 Qualitätsindikator „Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen“

Die Formulierung von patientienindividuellen Therapiezielen in der Anfangsphase wurde in den Stellungnahmen kontrovers diskutiert (GKV-SV, S. 15; STN Expertin/Experte). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass die Vorgabe zu Behandlungsbeginn schon die relevanten Therapieziele erfassen zu können, in der Praxis nicht realistisch sei, da dies erst nach mehreren Sitzungen erkennbar werden würde (DÄVT, S.2). Entgegen dieser Ansicht äußerte sich ein Mitglied des Expertengremiums und merkte positiv an, dass dieser Q-Aspekt eine freie Gestaltung zulasse, da es keine Vorgaben zu Zeiträumen gebe. In der Praxis zeige sich, dass die Patienten bzw. der Patient durch die Klärung des Therapieziels die Möglichkeit hätten, mehr Eigenverantwortung zu zeigen und umzusetzen (STN Expertin/Experte).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass die gemeinsame Vereinbarung von Therapiezielen samt der Dokumentation unstrittige Bestandteile einer Psychotherapie seien, weshalb die Empfehlungen der BPtK zur Dokumentation diesen Aspekt beinhalte (BPtK, S. 15). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde ebenso angemerkt, dass die Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen ein Standard aller Psychotherapie-Richtlinienverfahren sei und dementsprechend sollte das Qualitätsziel für „möglichst alle“ statt „möglichst viele“ Patientinnen und Patienten gelten (GKV-SV, S. 15).

Von mehreren Stellungnehmenden wurde gefordert, dass sich der partizipative Aspekt der Therapiezielvereinbarung in der Indikatorbezeichnug widerspiegeln solle (BPtK, S. 15 f.; PatV, S. 14 f.; STN Expertin/Experte). Von einer stellungnah-

vertraulich

meberechtigten Organisation wurde vorgeschlagen, den Indikator in „Gemeinsame Vereinbarung von individuellen Therapiezielen und deren Dokumentation“ umzubennen und das Datenfeld 32 in „Wurden in der Anfangsphase der Behandlung gemeinsam mit der Patient*in individuelle Therapieziele vereinbart und dokumentiert?“ umzuformulieren. Der Grund hierfür sei, dass nicht nachvollzogen werden könne, weshalb die Bezeichnugn des Indikators in der weiteren Entwicklung nicht mehr das gemeinsame Erarbeiten und Vereinbaren von Therapiezielen und deren Dokumentation adressiere. Es könne indirekt aus dem Bericht erschlossen werden, dass die Erfassung des Q-Aspekts bei der Patientenbefragung verortet sei, allerdings würden die Datenfelder 32 und 33 zeigen, dass eine Vereinbarung intendiert sei. Da eine Vereinbarung von Therapiezielen nur gemeinsam mit der Patientin bzw. dem Patienten erfolgen könne und da der Indikator einen vornehmlich edukativen Charakter habe, solle auch die Indikatorbezeichnung den partizipativen Anteil darstellen (BPtK, S. 15 f.). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde ergänzend erwähnt, dass der Einbezug von Patientinnen und Patienten im Sinne von shared decision making bei der Therapiezielformulierung auch in nationalen sowie in internationalen Leitlinien eingefordert werde, wie beispielsweise in der S3-Leitlinie Unipolare Depression, S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, Leitlinie zur Behandlung von Generalisierten Angst- und Panikstörungen, S3-Leitlinie zu Angststörungen (gerade in Revision) sowie in den NICE Guidelines (PatV, S. 14 f.).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass die gemeinsame Entwicklung von patientenindividuellen Therapezielen ein essenzieller Bestandteil der Psychotherapie sei. Es sei jedoch schwierig den Indikator zu beurteilen, da sinnvollerweise der Fokus auf die gemeinsame Erabeitung gelegt werde, dieser Indikator jedoch nur die Reflexion des Prozesses seitens der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten abbilde. Um eine Gesamtbetrachtung zu ermöglichen, müsste transparent sein, wie dieser Indikator bei der Patientenbefragung abgebildet werden soll und ob sich diese sinnvoll ergänzen. Es bestünden, trotz der Einschränkungen, keine Bedenken hinsichtlich der abgefragten Items (OPK, S. 7).

Von einem Mitglied des Expertengremiums wurde ergänzend angemerkt, dass die Relevanz des Indikators gegeben sei und die Operationalisierung angemessen erscheine. Allerdings könnten Therapieziele nur von den Patientinnen und Patienten benannt werden, während die Therapeutin bzw. der Therapeut für die Überprüfung der Ziele bezüglich der „Erreichbarkeit, Rationalität, Funktionalität und Widerspruchsfreiheit“ zuständig sei (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Der Qualitätsaspekt zur Therapiezielvereinbarung wird durch mehrere Erhebungsinstrumente und infolge dessen durch mehrere Indikatoren adressiert. Diese Indikatoren müssen inhaltlich trennscharf sein. Dabei wird geprüft, welches Erhebungsinstrument das am besten geeignete ist. Kommunikative

vertraulich

und partizipative Anteile eines Aspekts sind aus methodischen Gründen bei der Patientenbefragung zu verorten.

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen und Mitgliedern des Expertengremiums wurde kritisiert, dass der Indikator nicht verfahrensunabhängig sei, besonders im Hinblick auf psychodynamische Verfahren (KBV, S. 8 f.; DGPT, S. 4; Expertengremium). Es wurde darauf hingewiesen, dass zu Behandlungsbeginn nur die bewusstseinsfähigen Therapieziele benennbar wären. Für die psychodynamische Psychotherapie müssten jedoch auch unbewusste Motive berücksichtigt werden, da es ein Kunstfehler wäre, die therapeutische Arbeit ausschließlich hierauf auszurichten (DGPT, S. 4; STN Expertin/Experte). Zudem gebe es auch für die Verhaltenstherapie und Systemische Therapie weder Leitlinien noch andere Literatur, die empfehlen, dass ein Therapieziel an einem bestimmten Punkt feststehen müsse und nicht mehr an die „therapeutische Situation“ angepasst werden dürfe (KBV, S. 8 f.).

IQTIG: Der konkrete Zeitpunkt für eine erste Festlegung von Therapiezielen wird durch den Indikator nicht vorgegeben, sondern kann patientenindividuell und situationsabhängig gewählt werden. Das Indikatorenset lässt zudem explizit eine Ergänzung, eine Anpassung der Therapieziele im Verlauf zu.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass bei der Spezifizierung von Therapiezielen, die Referenz zur ICF wesentlich wichtiger erscheine als die zum ICD. Dieser wurde im Bericht nicht berücksichtigt, sollte aber bei der Indikationsstellung sowie Zielanalyse und Therapieplanung berücksichtigt werden (DÄVT, S. 2).

IQTIG: Der empfohlene Indikator hat referenziert in keinerlei Hinsicht auf den ICD-10 Katalog.

Das IQTIG teilt aber grundsätzlich die Auffassung, dass eine stärkere Berücksichtigung des ICF perspektivisch für unterschiedlichste Fragestellungen zielführend sein kann.

vertraulich

4.3 Qualitätsaspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“

4.3.1 Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs“

Durch zwei stellungnahmeberechtigte Organisationen wurde herausgestellt, dass die Reflexion des Therapieverlaufs ein behandlungsimmanenter Qualitätsstandard sei und daher fortlaufend zu erheben und zu dokumentieren sei (DGPT, S. 4; BPtK, S. 17). Der Indikator stelle einen Qualitätsstandard dar, der sowohl seitens der Kammer als auch der einschlägigen Leitlinien obligatorisch sei (BPtK, S. 17). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde betont, die Reflexion sei ein unverzichtbarer, über den gesamten Behandlungsverlauf durchzuführender Teil der Psychotherapie und es gäbe keine Vorbehalte gegen die Operationalisierung des Indikators (OPK, S. 7). Darüber hinaus sei es laut einer anderen Stellungnahme zu begrüßen, dass die Überprüfung des Therapiefortschritts behandlungsrelevant und patientenindividuell zu erfassen sei, da die zu prüfenden Dimensionen im individuellen Behandlungsfall eine sehr unterschiedliche Relevanz hätten und die Vorgabe jener Dimensionen dem Anspruch eines diagnose- und verfahrensunabhängigen QS-Verfahrens nicht gerecht würden (BPtK, S. 16).

In andere Stellungnahmen wurde angemerkt, dass durch die Formulierung „Die behandlungsrelevanten Dimensionen entsprechen denen, die in QI 43xx14 abgefragt werden.“ nicht klar sei, dass zur Reflexion nur tatsächlich behandlungsrelevante Dimensionen betrachtet werden müssten (STN Expertin/Experte). Auch von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, es sei unklar, was bei diesem Indikator unter behandlungsrelevanten Dimensionen zu verstehen sei. Die biographische Anamnese (DF 13), Medikamentenanamnese (DF 16) und Behandlungsgeschichte (DF 17) seien sicherlich nicht noch einmal im Rahmen der Reflexion zu adressieren (BÄK, S. 12). Laut einer weiteren Stellungnahme sei die Überprüfung des Behandlungsfortschritts ein obligatorischer Teil psychotherapeutischer Arbeit, jedoch unklar, was bei diesem Indikator unter behandlungsrelevanten Dimensionen zu verstehen sei. Kritisch zu sehen sei ebenso die Frage nach der Anpassung von Therapiezielen (DF 37). Falls diese, wie es häufig sei, nicht angepasst werden müssten, müsste der Leistungserbringer grundlos eine negative Bewertung fürchten (KBV, S. 9; STN BÄK, S. 12f.; BPtK, S. 17; Expertin/Experte).

IQTIG: Das IQTIG wird für den betroffenen Indikator mittels eines entsprechenden Hinweises verdeutlichen, dass für diesen Indikator nur die für den individuellen Behandlungsfall relevanten Dimensionen adressiert werden sollen.

Eine Anpassung der Therapieziele muss selbstverständlich nur dann erfolgen, wenn dies auch tatsächlich erforderlich ist. Dies wird in der Rechenregel berücksichtigt werden.

Vertraulich

Nach Meinung einer stellungnahmeberechtigten Organisation sollte geprüft werden, ob die Datenfelder zur „Durchführung der Überprüfung der behandlungsrelevanten Dimensionen bzw. der Erreichung der individuellen Therapieziele und der Dokumentation der Ergebnisse der Überprüfung“ zugunsten eines geringeren Dokumentationsaufwands zusammengefasst werden könnten (BPtK, S. 17; GKV-SV, S. 15f.).

IQTIG: Entsprechend den methodischen Vorgaben ist pro Datenfeld jeweils nur eine Information abzufragen.

In zwei Stellungnahmen wurde der Aspekt der Partizipation thematisiert. Eine stellungnehmende Person beschrieb, der Indikator sei verfahrensunabhängig anwendbar, bilde jedoch nur einen Teil des partizipativ zu gestaltenden Reflexionsprozesses ab (STN Expertin/Experte).

In einer anderen Stellungnahme wurde erwähnt, dass das Qualitätsziel des Indikators umformuliert werden sollte in: „gemeinsame Reflexion des Therapieverlaufs“, da man ansonsten dem partizipativen Charakter der Psychotherapie nicht entsprechen würde (STN Expertin/Experte). Diese Forderung wird durch eine weitere stellungnahmeberechtigte Organisation gestützt, in deren Stellungnahme betont wird, dass im Rahmen der Reflexion der Besprechung mit der Patientin/dem Patienten und den partizipativ vereinbarten Therapiezielen eine besondere Bedeutung zukäme und dies ebenfalls in der Patientenakte dokumentiert werden sollte (BPtK, S. 17). Auch von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde gefordert, dass die Reflexion des Behandlungsverlaufs partizipativ zu erfolgen habe. Explizit hervorgehoben wurde die gemeinsame Prüfung, ggf. Modifikation und Gewichtung der vereinbarten Therapieziele mit dem vorrangigen Ziel der frühzeitigen Erkennung und Begegnung ungünstiger Behandlungsverläufe (PatV, S. 16).

IQTIG: Der Qualitätsaspekt wird durch mehrere Erhebungsinstrumente und infolge dessen durch mehrere Indikatoren adressiert. Diese Indikatoren müssen inhaltlich trennscharf sein. Dabei wird geprüft, welches Erhebungsinstrument das am besten geeignete ist. Kommunikative und partizipative Anteile eines Aspekts sind aus methodischen Gründen bei der Patientenbefragung zu verorten.

Durch eine stellungnahmeberechtigte Organisation wurde hervorgehoben, dass die Reflexion mit der Dauer der Behandlung zusammenhänge und dazu diene, „über bisher Erreichtes und über das weitere Vorgehen zu reflektieren.“ Daher sei es kritisch zu bewerten, dass man nicht auf feste Zeitpunkte für solch eine Reflexion festgelegt habe. Alle Patientinnen und Patienten hätten Anspruch auf eine Reflexion im Therapieverlauf, bei der auch der Einsatz von Messinstrumenten erstrebenswert sei. (GKV-SV, S. 15f.).

vertraulich

IQTIG: Der Zeitpunkt, zu dem eine Reflexion des Therapieverlaufs erfolgt, kann nur patienten- und behandlungsindividuell gewählt werden. Das IQTIG konnte keine Evidenz ermitteln, die eine konkretere Vorgabe, z.B. nach einer bestimmten Anzahl von Sitzungen, rechtfertigen würde.

4.3.2 Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf“

Der erneute Einsatz von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf wurde von den Stellungnehmenden sehr kontrovers diskutiert. Während von mehreren Stellungnehmenden angemerkt wurde, dass die Argumente, die bereits bei dem analogen Qualitätsindikator zum Q-Aspekt Diagnostik angebracht wurden, auch für diesen Indikator gelten würden (KBV, S. 9; BPtK, S. 18; DGPT, S. 4 f.; STN Expertin/Experte), äußerten sich einige Stellungnehmende noch einmal explizit zu diesem Indikator (OPK, S. 7 f.; BPtK, S. 18 f.; STN Expertin/Experte).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass bereits die intensiven Diskussionen im Expertengremium gezeigt hätten, dass Wiederholungsmessungen in bestimmten Verfahren nicht generell üblich seien. Es sei wissenschaftlich nicht ausreichend belegt, ob diese in den analytischen und tiefenpsychologischen Verfahren zu einer Qualitätssteigerung beitragen würden. Trotz dessen wird die vom IQTIG gefundene Lösung als praktikabel erachtet, um den gesetzlichen Vorgaben gerecht zu werden. Es sei zudem positiv hervorzuheben, dass es keine Vorgabe eines spezifischen Erfassungsinstrumentes gebe. Weiterhin wurde explizit auf die Berücksichtigung der Verfahrensspezifität im weiteren Entwicklungs- und Erprobungsprozess des QS-Verfahrens hingewiesen (OPK, S. 7 f.).

Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass die Anwendung und Auswertung standardisierter Testverfahren im Therapieverlauf zwar von einigen evidenzbasierten Leitlinien empfohlen werde, diese jedoch nicht für alle psychischen Störungen im ambulanten Sektor zutreffe. Weiterhin wurde darauf hingewiesen, dass der Einsatz standardisierter Testverfahren zu Behandlungsbeginn eine bedeutsame Unterstützung der Differenzialdiagnostik sei. Im Behandlungsverlauf sollten hingegen noch intensiver die individuellen Beschwerden und Therapieziele fokussiert werden, wobei der Einsatz standardisierter Testverfahren keinen bedeutsamen Mehrwert bringen würde im Gegensatz zum Beispiel eine gezielte problem- und symptomorientierte Erfassung zu relevanteren und valideren Ergebnissen führen könnten (BPtK, S. 18 f.). Durch mehrere stellungnehmende Personen des Expertengremiums wurde darauf hingewiesen, dass die Verwendung standardisierter Instrumente im Therapieverlauf einen weitaus stärkeren Eingriff in die Therapie darstellen würde, als im Rahmen der Eingangsdiagnostik (STN Expertin/Experte). Von einer stellungnahmeberechtig-

Vertraulich

ten Organisation wurde angemerkt, dass besonders in der Psychoanalyse der Einsatz diagnostischer Instrumenten kontraindiziert sein könne, vor allem, wenn diese im Therapieverlauf eingesetzt werden würden. Für die anderen Verfahren sei zu Bedenken, dass Patientinnen und Patienten mit bestimmten Grunderkrankungen, wie beispielsweise paranoide Denkstörungen, mit einer Verschlechterung reagieren könnten (KBV, S. 8).

IQTIG: Hier ist nochmals Anzumerken, dass die Wahl des Testverfahrens und des konkreten Zeitpunkts der Durchführung nicht durch den Indikator vorgegeben werden, sondern ausschließlich bei der Therapeutin bzw. dem Therapeuten liegen. Zugelassen für diesen Indikator sind zudem auch standardisierte/strukturierte klinische Interviews.

Eine Verlaufsbeobachtung der Behandlung auch mittels standardisierter Instrumente ermöglicht es bspw. ungünstige Entwicklungen früh zu erkennen und die Behandlung frühzeitig anzupassen. Sie können zudem den Therapeuten/den Therapeuten während des Behandlungsprozesses unterstützen.

Die analytische Psychotherapie geht nicht mehr in die Berechnung dieses Indikators ein.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass es insbesondere bei dem Einsatz von standardisierten Testverfahren zu erheblichen Unterschieden zwischen den Psychotherapie-Richtlinienverfahren käme, die sich auch in dem QS-Verfahren widerspiegeln müssten. Es wäre beispielsweise denkbar, „[...] dass bereits in der Spezifikation die Angabe vorgesehen wird, warum sich eine Therapeutin oder ein Therapeut gegen den Einsatz eines standardisierten diagnostischen Instruments entschieden hat und mögliche Ausschlusskriterien formuliert werden“ (KBV, S. 8). Grundsätzlich stelle sich aber hier auch die Frage, ob es gerechtfertigt sei, „[...] für alle Diagnosegruppen und alle Behandlungsverfahren in einheitlicher Weise über die Operationalisierung eines Qualitätsindikators die Anwendung von standardisierten Instrumenten zum fachlichen Standard für die Verlaufserfassung in der Richtlinien-Psychotherapie zu definieren.“ Eine Einführung derartiger neuer Standards wäre ausschließlich über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie zu regeln (BPtK, S. 18 f.).

IQTIG: Die Analytische Psychotherapie wurde aus der Rechenregel des Indikators entfernt. Ein begründetes Festlegen von Ausschlusskriterien ist in derzeit nicht möglich und könnte im Ergebnis einer Machbarkeitsprüfung oder Erprobungsphase ggf. geprüft werden.

Die in den Indikatoren formulierten Anforderungen leiten sich entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG aus den verfügbaren Wissensbe-

vertraulich

ständen wie Leitlinien, Literatur und Fokusgruppen ab. Ob eine Richtlinienanpassung erforderlich wäre, wie in einer Stellungnahme zu bedenken gegeben wird, kann durch das IQTIG nicht beurteilt werden.

Zwei Stellungnehmende äußerten, dass für solch einen Indikator die Psychotherapie-Richtlinie geändert werden müsse (BPtK, S. 18 f.; STN Expertin/Experte) bzw. die Psychotherapievereinbarung bisher keine Verpflichtung für den Einsatz standardisierter Testverfahren vorsehe (KBV, S. 8). Der Grund hierfür sei, dass laut der Psychotherapie-Richtlinie derzeit neben den genehmigten Leistungen keine anderen Leistungen abgerechnet werden könnten und somit könnte dieser Aspekt nicht umgesetzt werden (STN Expertin/Experte). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde auf die Analysen von Abrechnungsdaten eingegangen, die ergab, dass bei nur bei 15 % der Patientinnen und Patienten im Therapieverlauf der Einsatz von Messinstrumenten abgerechnet wurde. Möglicherweise sei dies teilweise auf die Abrechnungs- und Vergütungsbedingungen im EBM zurückzuführen, wodurch Anwendungen von standardisierten Testverfahren gar nicht abgerechnet werden würden.

IQTIG: Die Analyse von Abrechnungsdaten ergab, dass bei nur bei 15 % der Patientinnen und Patienten im Therapieverlauf der Einsatz von Messinstrumenten überhaupt abgerechnet wurde. D.h. in 85 % der Behandlungsfälle wurde der Einsatz von Messinstrumenten überhaupt nicht abgerechnet. Die Durchführung psychodiagnostischer Testverfahren sind je Behandlungsfall für Versicherte ab Beginn des 22. Lebensjahres bis zu einer Gesamtpunktzahl von 1.092 Punkten berechnungsfähig, wobei pro vollendete 5 Minuten 34 bzw. 39 Punkte berechnet werden. Es liegen keine Hinweise darauf, dass die überwiegende Zahl der Leistungserbringer von dieser Vergütungsregelung mehrheitlich keinen Gebrauch macht, vor.

vertraulich

4.4 Qualitätsaspekt „Kooperation“

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde die große Bedeutung des Q-Aspekts betont. Kooperation sei entscheidend für den Behandlungserfolg, auch mit „(z. B. gemeindepsychiatrische) Einrichtungen außerhalb des SGB V sowie für Selbsthilfegruppen bzw. Selbsthilfe-Kontaktstellen.“ Die Erstellung der Richtlinie zur Komplexbehandlung schwer psychisch Kranker nach § 92 6b SGB V sei ein Hinweis auf den Verbesserungsbedarf bei der Kooperation, v. a. zu Einrichtungen zur Förderung der beruflichen Teilhabe und der Teilhabe (PatV, S. 17).

4.4.1 Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten“

In einer Stellungnahme wurde dargelegt, der Bedarf an Kooperation sei für jede Patientin/ jeden Patienten zu prüfen, da insbesondere für schwer Erkrankte Kooperation und Kommunikation mit Mitbehandelnden ein relevantes Qualitätsziel sei und per Gesetz die kooperative Berufsausübung gewünscht und zu forcieren sei (GKV-SV, S. 16). Der vom IQTIG beschriebenen Relevanz der Kooperation zwischen verschiedenen Leistungserbringern und bei schwer erkrankten Patientinnen und Patienten sei auch laut zweier anderer Stellungnahmen zuzustimmen (KBV, S. 9, STN Expertin/Experte). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation werde der mit den Experten konsentierte Indikator befürwortet (PatV, S. 17). Durch eine Stellungnahme wurde erklärt, der Indikator sei verfahrensunabhängig umsetzbar (STN Expertin/Experte).

Laut einer Stellungnahme sei nicht klar erkennbar, was mit Kooperation und Kommunikation gemeint sei (STN Expertin/Experte). Darüber hinaus erscheine das Qualitätsziel des Indikators fragwürdig und es werde der wissenschaftliche Nachweis zur Begründung des Qualitätsmerkmals vermisst. Die Rechenregel besage, dass nur jene Patientinnen und Patienten mit der Indikation zur Kooperation zu berücksichtigen seien und es wird in der Stellungnahme explizit darauf hingewiesen, dass der Indikator auch nur für jene Patientinnen und Patienten zu erfüllen sein sollte (OPK, S. 8).

Durch eine stellungnahmeberechtigte Organisation wurde kritisch erläutert, dass sich die verschiedenen, vom IQTIG definierten, Leistungserbringer bezüglich Häufigkeit, Umfang und Zeitpunkt der Beteiligung an der Behandlung unterscheiden, dies im weiteren Entwicklungsprozess, jedoch nicht berücksichtigt worden sei. Es werden störungsspezifische Leitlinien angeführt, die Absprachen und Kommunikation mit anderen beteiligten Leistungserbringern empfehlen. Aufgrund deren unterschiedlicher Relevanz für die verschiedenen Störungsbilder tun dies jedoch nicht alle Leitlinien. Auch die gesetzlich beauftragte „Richtlinie für die strukturierte und koordinierte Versorgung psychisch erkrankter Menschen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Versorgungsbedarf“ trage dem Umstand dieser selektiven Erforderlichkeit umfassender Kooperation Rechnung. Durch Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten finde in jedem Fall ein Austausch mit einem somatisch-fachärztlichen Leistungserbringer zur körperlichen Untersuchung und zum Erhalt des Konsiliarberichts statt, was nur für ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entfalle. Dagegen sei die Soziotherapie bei einem relativ geringen Teil der Patientinnen und Patienten indiziert und darüber hinaus aufgrund der in vielen Regionen sehr niedrigen Soziotherapeutendichte selten anwendbar (BPtK, S. 19). Dieser Punkt und ebenso der Hinweis auf eine fachärztliche Unterversorgung im ländlichen Bereich, welche

vertraulich

verhindere, den Anspruch des Indikators erfüllen zu können, wurde auch in anderen Stellungnahmen angeführt (OPK, S. 8; STN Expertin/Experte).

Die häusliche psychiatrische Krankenpflege als relevante Leistungserbringung hingegen fehle in der Auflistung. Bezüglich der Versorgungsbefugnisse der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten fehlten jene für die psychiatrische häusliche Krankenpflege, Ergotherapie und Krankenhauseinweisung (BPtK, S. 19f.). Durch eine stellungnahmeberechtigte Organsiation wurde zudem darauf aufmerksam gemacht, dass den Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, an andere ärztliche Leistungserbringenden zu überweisen, fehlt (KBV, S. 9). Es wurde zudem darauf hingewiesen, dass mit dem Einverständnis der Patientinnen und Patienten bei der Psychotherapeutin/ dem Psychotherapeuten nicht alle beteiligten Leistungserbringer von ihrer Schweigepflicht entbunden seien (KBV, S. 9) und diese sowie der Datenschutz es erforderlich machten, die Zustimmung oder Ablehnung der Patientin/ des Patienten eines Austauschs mit an der Behandlung Beteiligten zu dokumentieren (BÄK, S. 13).

In mehreren Stellungnahmen wurde betont, dass, entgegen der Festlegung des Referenzbereichs für diesen Indikator, für die Mehrheit der in psychotherapeutischer Behandlung befindlichen Patientinnen und Patienten kein Kooperationsbedarf bestehe (KBV, S. 9; BPtK, S. 21ff.; DGPT, S. 5; OPK, S. 8; STN Expertin/Experte). Die Erforderlichkeit eines Austauschs beträfe nur schwer und chronisch erkrankte Patientinnen und Patienten, auf die sich auch die vom IQTIG herangezogene, störungsspezifische Literatur und die vom G-BA beratene Richtlinie zur strukturierten und koordinierten Versorgung psychisch erkrankter Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf beziehe (KBV, S. 9; DGPT, S. 5; STN Expertin/Experte). In einer Stellungnahme wurde betont, dass aufgrunddessen die Eignung der Kooperation als Q-Merkmal infrage zu stellen sei (KBV, S. 9). Selbst in Fällen mit therapiebegleitender Medikation oder langjähriger psychiatrischer Behandlung erscheine es fragwürdig, ob ein Austausch immer von Nöten sei (BPtK, S. 21ff.; STN Expertin/Experte). Auch wurde angemerkt, dass Patientinnen und Patienten nicht in jedem Falle transparent machten, wenn sie andere Behandelnde oder stationäre Aufenthalte haben bzw. gehabt haben (KBV, S. 9).

Es bestünde laut mehrerer Stellungnehmenden, besonders für leichter Erkrankte und spezifische Störungsbilder, gar eine Kontraindikation für die Durchführung bzw. Übernahme eines Austauschs mit anderen Leistungserbringern, da es so zu einer Störung der therapeutischen Beziehung kommen könnte und dem Therapieziel entgegenstehen würde, die Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten zu fördern (KBV, S. 9; DGPT, S. 5; DGPM, S. 3; DKPM, S. 3; BPM, S. 3; STN Expertin/Experte). Es wurde durch mehrere Stellungnehmende gefordert, eine weitere Antwortmöglichkeit in die Datenfelder des Indikators aufzunehmen, mit der ausgedrückt werden könnte, dass eine Kooperation nicht indiziert sei (DGPM,

Vertraulich

S. 3; DKPM, S. 3; BPM, S. 3; STN Expertin/Experte). Es bedürfe darüber hinaus einer Spezifikationsanpassung zur Vermeidung ungerechtfertigter Stellungnahmen (KBV, S. 4 und S. 9).

IQTIG: Mit Kooperation und Kommunikation ist in diesem Indikator jede Art von Austausch. Inhalt und Umfang sind vom patientenindividuellen Behandlungsfall abhängig. Die Anforderung ergibt sich insbesondere aus Leitlinienempfehlungen. Behandlungsfälle, an denen keine Mitbehandelnden beteiligt sind, werden entsprechend der Rechenregel, aus dem Indikator herausgerechnet. Zudem werden nur die tatsächlich Mitbehandelnden adressiert, nicht Versorgungsleistungen, die ggf. zusätzlich indiziert gewesen wären. Nicht ausreichend für die Erfüllung des Indikators ist jedoch das Vorliegen des Konsiliarberichts, der im Kontext der Antragsstellung verpflichtend einzuholen ist.

Die APP wurde als Datenfeld ergänzt. Ergotherapie und stationärer Aufenthalt sind bereits durch Datenfelder adressiert.

Durch das Nichterteilen einer Schweigepflichtsentbindung lehnt der Patient / die Patientin implizit die Kooperation bzw. den Austausch zwischen den Mitbehandelnden ab. Dies ist durch ein entsprechendes Datenfeld dokumentierbar.

Ob und welche Patientengruppen es gibt, für die eine echte Kontraindikation für einen Austausch vorliegt, obwohl der Patient nicht abgelehnt hat, ist derzeit nicht darstellbar und könnte im Zuge der Weiterentwicklung bzw. in der Erprobungsphase geprüft werden. Derzeit werden derartige Konstellationen über den Referenzbereich abgedeckt.

Aus zwei Stellungnahmen geht hervor, dass eine Verbesserung der Kooperation zwischen den an der Behandlung Beteiligten aufgrund des dadurch entstehenden Mehraufwands nur durch eine bessere Vergütung möglich sei (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Die Zuständigkeit für Vergütungsfragen ist anderweitig verortet.

Von mehreren Stellungnehmenden wurden die Formulierung, Ausgestaltung sowie der Umfang der Datenfelder des Indikators thematisiert. Eine stellungnahmeberechtigte Organisation führte an, dass es angemessen sei angeben zu können, dass Mitbehandelnde nicht erreicht werden konnten oder die Patientin/ der Patient abgelehnt habe (BÄK, S. 13).

Desweiteren wurde kritisiert, der Indikator sei inhaltlich unklar abgegrenzt und wie andere Indikatoren des Indikatorensets ungenau formuliert, wodurch zu erwarten sei, dass dessen Ergebnisse für einen Leistungserbringervergleich nicht aussagekräftig genug seien, da für das Erfüllen der Austausch mit irgendeinem an

Vertraulich

der Behandlung beteiligten Leistungserbringer ausreiche. Demgegenüber stehe ein zu hoher Dokumentationsaufwand mit bis zu 15 Datenfeldern (BÄK, S. 13 und S.18). Zu diesem Schluss kam auch eine andere Organisation, in deren Stellungnahme bemerkt wurde, der Indikator sei ungenügend differenziert operationalisiert - es fehlten Vorgaben zur Kooperation „wann, wie, mit wem“ - und daher „wenig aussagekräftig“ (GKV-SV, S. 8 und S. 16).

IQTIG: Konkretisierungen zu den Datenfeldern könnten im Zuge der Weiterentwicklung auf Basis der Richtlinie über die strukturierte und koordinierte Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf nach § 92 Abs. 6b SGB V geprüft werden. Diese Richtlinie liegt zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht vor.

In einer Stellungnahme werde die Antwortoption „ […] konnte nicht erreicht werden“ positiv gesehen, da deutlich werde, dass die Psychotherapeutin/ der Psychotherapeut nicht allein in der Verantwortung für die Kooperation stehe (KBV, S. 9), wohingegen durch zwei stellungnehmende Mitglieder des Expertengremiums betont wurde, dass dadurch impliziert werde, dass ausschließlich telefonische und persönliche Kontakte gelten würden, wobei diese sehr aufwendig zu realisieren sei. Es fehlten Strukturen für „asynchrone Kommunikation“ und es sollten auch andere Kommunikationswege Berücksichtigung finden (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Die Art der Kontaktaufnahme und die Gestaltung des Austausches werden durch den Indikator nicht vorgegeben.

4.5 Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“

Von einer stellungnahmeberechtigten Person wurde kritisiert, dass die quanitativen und qualitativen Entwicklungsschritte von ursprünglich 5 auf letztlich 2 Q-Merkmale im Vorbericht nur ansatzweise und nicht nachvollziehbar dargelegt wurden (BPtK, S. 23).

IQTIG: Die Qualitätsmerkmale wurden zu einem Indikatorentwurf synthetisiert, die Inhalte der vormals einzelnen Merkmale gingen in den Datenfeldern auf.

Von einer stellungnehmenden Person wurde beanstandet, der Q-Aspekt setze eine reguläre Therapiebeendigung voraus, die nicht in allen Fällen gewährleistet sei. Aus diversen Gründen sei es schwierig, das Behandlungsende festzulegen. Selbst die GOP zum Therapieende sei nicht ausreichend, um diesem Problem zu begegnen. Bei bestimmten Störungsbilder reichten die bewilligten Therapiestunden oft nicht aus, wofür es strukturell Änderungen benötige (STN Expertin/Experte).

vertraulich

IQTIG: Mit den kürzlich dafür eingeführten GOPs ist das Ende einer Richtlinien-Psychotherapie dokumentierbar. Zusätzlich werden für diesen Indikator die Gründe der Beendigung dokumentiert, um irreguläre Beendigungen erkennen zu können

4.5.1 Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie“

Durch eine stellungnahmeberechtigte Organisation wurde erklärt, dass der vom IQTIG herausgestellten Wichtigkeit der Abschlussphase sowie ihrer intensiven Vorbereitung als basalem Element einer Richtlinien-Psychotherapie vollumfänglich beigepflichtet werde (KBV, S. 9). Durch eine weitere stellungnahmeberechtigte Organisation wurde betont, wie bei den Indikatoren zum Therapiebeginn und -verlauf sollten auch zur Reflexion der Abschlussphase geeignete Messinstrumente angewandt werden und die Dokumentation der Therapiezielerreichung sei als Mindestanforderung für jede Behandlung zu fordern (GKV-SV, S. 16). In einer anderen Stellungnahme hieß es, dass keinerlei Einwände hinsichtlich des Indikators bestünden und die Reflexion des Therapieverlaufes hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie ein basaler Bestandteil einer jeden Psychotherapie sei (OPK, S. 9). Laut einer Stellungnahme sei eine Normierung in Prüfkriterien wenig sinnvoll und fragwürdig, insbesondere im Rahmen der Psychodynamik. Es sei aus fachlicher Perspektive angemessen, gemeinsam mit der Patientin/ dem Patienten Bilanz zu ziehen, diese werde durch eine direktive Abfrage jedoch beschnitten. Das geforderte Vorgehen stelle einen Eingriff in die Behandlung dar (DGPT, S. 5).

In zwei Stellungnahmen wurde kritisiert, dass der partizipative Aspekt bei diesem Indikator nicht berücksichtigt werde. Es wurde gefordert, „dass die Patientinnen und Patienten bei der Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung“ integriert würden (PatV, S. 18). Desweiteren wurde vorgeschlagen, das Qualitätsziel in „gemeinsame Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase“ umzuformulieren. Der Inhalt des Indikators könne nicht ohne Partizipation definiert und ausgestaltet werden. Es sei nicht nachvollziehbar, dass die Partizipation als zentrales Element der Psychotherapie ausschließlich bei der Patientenbefragung verortet sein soll (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Der Qualitätsaspekt wird durch mehrere Erhebungsinstrumente und infolge dessen durch mehrere Indikatoren adressiert. Diese Indikatoren müssen inhaltlich trennscharf sein. Dabei wird geprüft, welches Erhebungsinstrument das am besten geeignete ist. Kommunikative und partizipative Anteile eines Aspekts sind aus methodischen Gründen bei der Patientenbefragung zu verorten.

vertraulich

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass bezüglich des Qualitätsziels des Indikators nicht klar sei, was mit dem Begriff „ausreichend“ gemeint sei. Auch nicht nachvollziehbar sei, weshalb hier auf die Erhebung der behandlungsrelevanten Dimensionen bestanden werde, im analog entwickelten Indikator 43xx17 jedoch nicht. Es sei unklar, weshalb es in den Datenfeldern 61 und 62 „individuelle Behandlung“ heiße, in den analogen Datenfeldern nur „Behandlung“. Insgesamt gäbe es Abweichungen hinsichtlich der Formulierungen der ansonsten analogen Datenfelder der Indikatoren 43xx17 und 43xx20 (BÄK, 15).

IQTIG: Das Qualitätsziel sowie die Datenfelder wurden hinsichtlich ihrer Formulierungen geprüft.

Auch in einer anderen Stellungnahme wurden die Datenfelder des Indikators thematisiert. So erscheine die analoge Entwicklung der Indikatoren 43xx17 und 43xx20 nicht gelungen. Die Formulierung der Datenfelder 61 und 63 sei schwer verständlich und adressiere nicht das eigentliche Thema. Dieses sei für den gesamten Q-Aspekt „ob tatsächlich frühzeitig vor Beendigung der Therapie die Abschlussphase eingeleitet und dies mit der Patient*in besprochen wurde“ und ob die in der Abschlussphase relevanten Inhalte tatsächlich in dieser bearbeitet wurden. Die Frage nach der Überprüfung des Therapieverlaufs anhand des Erreichens der Therapieziele sei bereits über den Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs“ abgedeckt. (BPtK, S. 24).

IQTIG: Es ist zutreffend, dass es sich um eine Analogiebildung zum Indikator „Reflexion des Therapieverlaufs“ handelt, konkretisiert für eine bestimmte Behandlungsphase.

Der Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“ wird parallel von der Patientenbefragung adressiert.

vertraulich

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass offen bliebe, was das IQTIG bei einem Therapieabbruch empfehle, da hier nur auf die Patientenbefragung verwiesen werde. Es kann daher hierzu nicht abschließend Stellung bezogen werden, da die Patientenbefragung erst am Ende des Jahres vorliege (KBV, S. 10). Ebenso wurde von mehreren Mitgliedern des Expertengremiums angemerkt, dass das QS-Verfahren auf einen idealen Therapieverlauf ausgerichtet sei und daher Therapieabbrüche in der Umsetzung stärker adressiert werden müssten. Es wäre daher empfehlenswert, bei den Indikatoren beispielweise Ausstiegs-Optionen einzufügen. Es bestehe sonst die Gefahr, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für von ihnen nicht beeinflussbare, ungünstige Therapieverläufe verantwortlich gemacht würden (STN Expertin/ Experte).

IQTIG: Die Struktur des vorläufigen Dokumentationsbogens wurde so überarbeitet, dass die Information zur Art der Therapiebeendigung und insbesondere zu Therapieabbrüchen auch für diesen Indikator genutzt werden kann.

4.5.2 Qualitätsindikator „Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses“

Laut einer stellungnahmeberechtigten Organisation sei es schlüssig, dass das Q-Merkmal „Besprechen und Konsentierten einer ggf. vorliegenden Indikation für eine Rezidivprophylaxe“ zum vorliegenden Indikator weiterentwickelt wurde.

Die Vorgabe, in jedem Behandlungsfall die Erforderlichkeit eines anschließenden (teil-)stationären Aufenthalts zu prüfen, erscheine dagegen sonderbar und das Verbesserungspotenzial dieses Items fragwürdig. Andererseits seien dadurch weder ein Eingriff in den Therapieprozess noch negative Schlussfolgerungen durch die Beantwortung zu befürchten, wodurch der Indikator insgesamt wenig kritisch bewertet werde (OPK, S. 9).

Auch von anderen Stellungnehmenden werde kritisch gesehen, dass in jedem Behandlungsfall die Gesamtheit der im Indikator aufgeführten Maßnahmen zu prüfen sei aufgrund der Annahme, jede Patientin/ jeder Patient benötige weitergehende Behandlungs- oder Betreuungsmaßnahmen. Aufgrund dessen und darüber hinaus könne man nicht erwarten, dass im Falle von Kurzzeittherapien die Notwendigkeit einer Rezidivprophylaxe nach § 14 PT-RL zu prüfen sei, welche nur bei Langzeittherapien vorgesehen ist (BPtK, S. 25 f.; GKV-SV, S. 16 f.; KBV, S. 10; STN Expertin/Experte). Eine Umdeutung des Items im Sinne der Überlegung, die Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie zu verlängern sei nicht angemessen (BPtK, S. 25 f.). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation werde aus dem selben Grund gefordert, das Datenfeld 66 um die Antwortmöglichkeit „KZT oder Therapiekontingent unter 40 Stunden“ zu erweitern (KBV, S. 10.) Grundsätzlich sei es fachlich sinnvoll die Inhalte des Indikators zu dokumentieren, jedoch nur jene, die individuell zutreffen und nicht jede denkbare Maßnahme (DGPT, S. 5).

Des Weiteren stelle die Prüfung eine Mindestanforderung dar, wodurch die Validität des Indikators erwartbar gering und mit erwünschter Beantwortung zu rechnen sei (GKV-SV, S. 16 f.). Es sei überdies nicht klar, inwiefern die Prüfung der Notwendigkeit anschließender Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses beitrage (STN Expertin/Experte). Das Ziel sei sicherlich eher die Notwendigkeit, dies zu prüfen. Es sollte über eine Dropout-Option bzw. ein Zusammenziehen der „Möglichkeiten“ nachgedacht werden. Vor der Prüfung konkreter weiterer Schritte sollte die grundsätzliche Bedarfsklärung erfolgen (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Der Nenner wurde dahingehend geändert, dass nunmehr nur die Anzahl der Fälle, in denen die Notwendigkeit anschließender Maßnahmen auch besteht, um das Behandlungsergebnis abzusichern, in den Indikator eingeht. Zu diesem Zweck wurde auch eine entsprechende Filterfrage in der Operationalisierung ergänzt. Zudem wurde ein Datenfeld: „Wurde die Erforderlichkeit

vertraulich

einer weiteren Betreuung mittels eines psychotherapeutischen Gespräches geprüft? (Einzelbehandlung GOP 23220)“ (DF 36.1>) ergänzt, um diese in der Versorgungspraxis häufig gewählte Option abbilden zu können.

In einer Stellungnahme wurde darauf hingewiesen, dass die Prüfung der möglicherweise zu initiierenden anschließenden sozialpsychiatrischen bzw. psychosozialen und auch (teil-)stationären Maßnahmen zu einem deutlich früheren Zeitpunkt im Therapieverlauf vorzunehmen sei als vom IQTIG vorgesehen (KBV, S. 9 f.).

IQTIG: Grundsätzlich kann dies auch früher im Rahmen der Behandlung erfolgen bzw. dies außerordentlich sinnvoll sein. Der Indikator schließt dies nicht aus, sondern fordert, dass es spätestens im Rahmen der Therapiebeendigung erfolgen muss.

Von einem stellungnehmenden Mitglied des Expertengremiums wurde bemängelt, dass der, für die meisten Patientinnen und Patienten und auch objektiv zur Sicherung des Behandlungserfolgs wichtige Punkt, ob und wie die Behandlung fortgesetzt bzw. erneut aufgenommen werden könnte (anderes Verfahren, Setting), nicht berücksichtigt werde (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Die Regelungen zu Verlängerungen (Fortsetzungsanträgen) oder neu zu stellenden Therapieanträgen sind der Psychotherapie-Richtlinie oder der Psychotherapeuten-Vereinbarung zu entnehmen.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde erbeten, das Datenfeld 68 um einen Ausfüllhinweis zu ergänzen, der darlege, was unter „nicht ärztliche Behandelnde“ zu verstehen sei (KBV, S. 10).

In einer Stellungnahme wurde dagegen kritisiert, Datenfeld 68 sei unbestimmt und „arztzentriert“ formuliert. Da andere Leitungserbringer gemeint sind, sollten diese auch explizit genannt werden. Darüber hinaus sei der Nutzen des Datenfeldes fraglich, da es sehr wenige Fälle gäbe, in denen Ergo-, Soziotherapie oder häusliche psychiatrische Pflege zur Stabilisierung des Behandlungsergebnisse eingesetzt werden, was wiederum einem nicht zu rechtfertigenden Dokumentationsaufwand entgegenstehe. Dasselbe gelte für Datenfeld 70, die Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung sei insbesondere im Vorfeld und Verlauf der Psychotherapie von Bedeutung. Der Begriff der sozialpsychiatrischen bzw. psychosozialen Institutionen im Datenfeld 69 sei überdies unscharf und zu präzisieren (BPtK, S. 25 f.).

IQTIG: Das IQTIG prüft die entsprechenden Datenfelder.

vertraulich

4.6 Qualitätsaspekt „Outcome“

Die Adressierung des Qualitätsaspekts „Outcome“ wurde in den Stellungnahmen kontrovers diskutiert. Während es von zwei stellungnehmenden Organisationen kritisch gesehen wurde, dass für die Leistungserbringerdokumentation keine konkrete Outcome-Messung entwickelt wurde (GKV-SV, S. 11 ff.), wurde hingegen der Verzicht von Outcome-Messungen von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen begrüßt (DGPPN, S. 2; DGPM, S. 2; DKPM, S. 2; BPM, S. 2; BÄK, S. 17; DGPT, S. 7; STN Expertin/Experte). Aus ihrer Sicht wäre der Einbezug der Ergebnisqualität mit erheblichen methodischen Problemen verbunden und daher ließe sich eine vergleichende Outcome-Messung nicht als Qualitätsindikator nutzen. Der Grund hierfür sei, dass das Outcome einer Psychotherapie von einer Vielzahl an Faktoren abhängig sei und es kein allgemein anerkanntes wissenschaftliches Modell der Risikoadjustierung gebe, wobei zudem die Anzahl an zu kontrollierenden Variablen sehr hoch wäre. Zudem erstrecke sich die psychotherapeutsiche Behandlung über einen langen Zeitraum und im Rahmen komplexer, medizinischer, sozialer und psychotherapeutischen Geschehens, weshalb das Outcome einer Psychotherapie nicht kausal auf diese zurückgeführt werden könne (DGPPN, S. 2; DGPM, S. 2; DKPM, S. 2; BPM, S. 2; BÄK, S. 17; STN Expertin/Experte). Weiterhin wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation und einem Mitglied des Expertengremiums angemerkt, dass bei der Outcome-Messung die Gefahr der Patientenselektion bestehen würde (DGPT, S. 7; STN Expertin/Experte). Es wurde außerdem darauf hingewiesen, dass ein Vergleich zwischen den psychotherapeutischen Praxen keine Verbesserung der Qualität mit sich bringen würde, sondern zu einer Therapieanpassung führen würde, um die Qualitätsindikatoren zu erfüllen (STN Expertin/Experte). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass es jeder Fachgesellschaft frei stehen würde, für ihr Psychotherapieverfahren spezifische Outcome Indikatoren zu entwickeln und ihren Mitgliedern zur Verfügung zu stellen. Im Rahmen der Systemischen Therapie gehöre bespielsweise das Routine Outcome Monitoring (ROM) zunehmend zum „State of the Art“, wobei es allerdings aktuell nicht gesetzlich vorzuschreiben wäre (DGSF, S. 2).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde kritisch angemerkt, dass keine leistungserbringerdokumentierten Ergebnisqualitätsindikatoren für die Q-Merkmale „Verbesserung der Symptomatik“, „Erreichen individidueller Therapieziele“ und „Verbesserung der Funktionalität“ gefunden werden konnten. Die psychotherapeutische Behandlung habe das Ziel, „[...] die Erkrankungsschwere des Patienten zu verbessern, so dass dies auch messbar sein und tatsächlich gemessen werden sollte.“ Zudem seien die Behandlungsergebnisse objektiv und unabhängig von Therapieschulen. Es wurde darauf verwiesen, dass Ergebnisse und Outcomes von Psychotherapien bereits gemessen werden, beispielsweise mit den Core-Outcome Sets und dass auch die parallel in der Entwicklung

vertraulich

befindliche Patientenbefragung Outcomes voraussichtlich mithilfe mehrere Qualitätsindikatoren abdecken werde. Für die Leistungserbringerdokumentation wäre eine Outcome-Messung über die Erfassung von Ergebnisqualität anhand von Krankenhausaufenthalten nach Therapieende oder Varianzen der Arbeitsunfähigkeitszeiten denkbar. Das Expertengremium der Patientenbefragung sei hingegegen zu der Einschätzung gekommen, dass Patient reported outcomes erfassbar wären und im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung verwendet werden könnten. Eine Erläuterung zu den unterschiedlichen Einschätzungen der Expertengremien wäre daher wünschenswert (GKV-SV, S. 11 ff.).

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde die Selektion der Q-Merkmale und Zuordnung dieser zur Patientebefragung hinterfragt (KBV, S. 10; BPtK, S. 27; PatV, S. 19; STN Expertin/Experte). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, die Q-Merkmale „Verbesserung der sozialen Teilhabe“, „Verbesserung der Lebensqualität“ und „Fertigkeiten und Strategien zur Krankheitsbewältigung“ über die Patientenbefragung abgebildet werden solllen, obwohl das IQTIG selbst argumentiere, dass es Abweichungen zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung gebe und das Therapieergebnis sich nicht eindimensional beurteilen lasse. Es sei daher nicht nachvollziehbar, dass das Outcome ausschließlich bei der Patientenbefragung verortet sein solle (KBV, S. 10). Dies wird von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation und einem Mitglied des Expertengremiums ebenfalls unterstützt, da das Behandlungsergebnis gemeinsam zu bewerten sei und dieses zu dokumentieren sei (PatV, S. 19; STN Expertin/Experte). Es handele sich bei dem Ergebnis des Therapieprozesses um eine Ko-Produktion zwischen der Psychotherpeutin bzw. dem Psychotherapeuten und der Patientin bzw. dem Patienten und könne nicht allein der Behandlerin bzw. dem Behandler zugeordnet werden. Zudem sei das Ausmaß der Zielerreichung kein Maßstab für den Therapieerfolg (STN Experte/Expertin). Es wurde weiterhin darauf hingewiesen, dass Indikatoren aus einer Patientenbefragung nur für das interne Qualitätsmanagement der Einrichtung in das QS-Verfahren aufgenommen werden könnten, da diese die methodischen Anforderungen an einen Indikator nicht erfüllen könnten (KBV, S. 10). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde ebenso hinterfragt, warum die drei Q-Merkmale nicht für die weitere Entwicklung selektiert wurden. Die Erläuterungen, dass diese auch in der Patientenbefragung verortet seien und das QS-Verfahren kein standardisiertes Instrument vorgeben dürfe, sei nicht nachvollziehbar, da sich diese Einschränkungen dann auch auf die anderen drei Q-Merkmale beziehen müssten (BPtK, S. 27).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass es in dem Abschnitt 5.6 keine Bezugnahme zum Q-Aspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“ gebe. Dies überrasche, da grundsätzlich die gleichen Fragen gestellt werden würden, nur zu einem früheren Zeitpunkt. Zudem

vertraulich

gelte die Problematik, „[…] dass sich patientenindividuell die behandlungsrelevanten Dimensionen deutlich unterscheiden können und es nicht indiziert ist, einen festen Kanon von Dimensionen vorzuschreiben, die bei allen Patient*innen in Richtlinienpsychotherapie zu erheben und zu dokumentieren sind“ für beide genannten Q-Aspekte. Des Weiteren sei hierbei eine mehrdimensionale Erfassung geboten (BPtK, S. 27). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde ebenso angemerkt, dass es teilweise Überschneidungen der Datenfelder mit denen des Indiaktors „Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie“ gäbe, wobei durch die zeitliche Nähe keine Änderungen zu erwarten seien. Zudem ging es bei dem Indikator teilweise um statistische Erhebungen, wovon die Patientinnen und Patienten keinen therapeutischen Nutzen mehr hätten (DGPT, S. 5 f.).

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen und einem Mitglied des Expertengremiums wurde der Indikator für die Beurteilung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie unterstützt (PatV, S. 19; OPK, S. 19; STN Expertin/Experte). Er sei verfahrensunabhängig und greife nicht in die Behandlung ein (STN Expertin/Experte). Zudem wurde es als sehr zielführend erachtet, dass es sich um einen Prozessindikator handele und keine spezifischen Erfassungsinstrumente hervorgehoben werden (OPK, S. 10; DGPM, S. 2; BPM, S. 2; DKPM, S. 2; BÄK, S. 17).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wird dem jedoch widersprochen, da Outcome als Prozessindikator ein zu niedrigschwelliger Ansatz sei. Es würde falsch positive Ergebnisse bzw. Deckeneffekte erzeugen und sei generell zu unspezifisch. Weiter wurde kritisiert, „[…] dass das Expertengremium und das IQTIG keine systematische und alle Patienten umfassende Ergebnismessung vorschlagen“ konnten, obwohl ein Verbesserungspotenzial bezüglich der systematischen Outcome-Erhebung klar bestünde (IQTIG Bericht S. 115) (GKV-SV, S. 17). Zudem wurde angemerkt, dass bei diesem Indikator Einschränkungen der Validität vorliegen würden, da eine Verneinung der Fragen kaum zu erwarten sei. Weiterhin seien keine Indikatoren zur Outcome-Messung vorgelegt worden, die nur fallbezogen sinnvoll umzusetzen wären (GKV-SV, S. 7 ff.).

Von mehreren anderen stellungnahmeberechtigten Organisationen und Mitgliedern des Expertengremiums wurde die Ergebnisqualität kontrovers diskutiert. Es seien Unschärfen im Bericht zu erkennen, die nahelegen, dass doch die Ergebnisqualität betrachtet werden solle, dies sollten daher geklärt werden (DGPM, S. 2; BPM, S. 2; DKPM, S. 2; DGPT, S. 3 ff.; STN Expertin/Experte). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass eine Definition des Begriffes „Outcome“ fehle. In psychodynamischen Verfahren ließen sich die Behandlungsergebnisse oft erst lange nach einer Behandlung adäquat erfassen (DGPT, S. 5 f.).

vertraulich

Es bliebe jedoch unklar, inwieweit zumindest die Therapiezielerreichung oder Fremdeinschätzung mithilfe der Clinical Global Impression of Improvement-Skala (CGI-I) als Option zur Abbildung des Outcomes als Ergebnisindikator trotz der Limitationen, welche durch die Vorgaben der Beauftragung des G-BA, umsetzbar sein könnten (BPtK, S. 27).

IQTIG: Das IQTIG weist ausdrücklich darauf hin, dass nur die für diese Behandlung patientenindividuell relevanten Behandlungsdimensionen zu betrachten sind. Die Erhebung des Behandlungsergebnisses ist in der Patientenakte zu dokumentieren, was die Information im Rahmen einer Datenvalidierung überprüfbar macht.

Die Abbildung von Ergebnisqualität war zudem in der Beauftragung als „Prüfauftrag“ formuliert, der sich auf das Gesamtverfahren bezieht. Im Gesamtverfahren wird die Ergebnisqualität sowohl hinsichtlich des Prozesses als auch deiner konkreten Outcome-Erhebung adressiert.

Für eine Fremdbeurteilung festgelegter Outcomes wäre die Vorgabe konkreter Testinstrumente oder Testbatterien erforderlich, was durch die Beauftragung ausgeschlossen ist. Die Feststellung, dass Patient reported outcomes in der Psychotherapie möglich sind, steht dazu in keinem Widerspruch.

Die verpflichtende flächendeckende Erhebung von Therapieergebnissen ist als ein Einstieg zu bewerten und könnte perspektivisch im Rahmen der Systempflege weiterentwickelt werden. Es wird auch zu bedenken gegeben, das Outcome-Indikatoren risikozuadjustieren sind, was insbesondere im Kontext der psychotherapeutischen Versorgung große Herausforderungen stellt.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass, im Gegensatz zur Symptomverbesserung, ein Störungsmanagement und die Teilhabeunterstützung ein klinisch sinnvolleres Outcome-Kriterium wären. Der Grund hierfür sei, dass nahezu alle Patientinnen und Patienten eine chronische Erkrankung haben und vermehrt unter Teilhabe-Beeinträchtigungen leiden würden (DÄVT, S. 2).

IQTIG: Dem IQTIG liegen keine Erkenntnisse darüber vor, dass „nahezu alle Patientinnen und Patienten eine chronische Erkrankung haben und vermehrt unter Teilhabe-Beeinträchtigungen leiden“.

Eine explizite Betrachtung der Symptomverbesserung ist durch den vorgeschlagenen Indikator nicht gefordert. Zudem handelt es sich beim „Störungsmanagement“ und der „Teilhabeunterstützung“ nicht um klinische Outcomes im engeren Sinne, sondern vielmehr um Prozesse.

vertraulich

4.6.1 Qualitätsindikator „Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie“

Von mehreren Stellungnehmenden wurde das Datenfeld 73 „Grund der Beendigung dieser Richtlinientherapie“ intensiv diskutiert (BPtK, S. 28; BÄK, S. 16; STN Expertin/Experte). Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde kritisch angemerkt, dass Datenfeld 73 nicht in die Indikatorberechnung mit eingehe und somit nicht die Möglichkeit bestünde, diesen Indikator aus der Grundgesamtheit herauszurechnen. Es könne insbesondere bei einem Therapieabbruch nicht in allen Fällen vorausgesetzt werden, dass eine Erhebung der behandlungsrelevanten Dimensionen und der Therapiezielerreichung möglich sei (BPtK, S. 28; BÄK, S. 16). Zudem sollte gesondert erfasst werden, ob eine Beendigung der Therapie durch „einen Wegzug in eine andere Region“, „eine terminale Erkrankung oder Tod“ bedingt war oder „ob es einen Therapeutenwechsel gab.“ Es wurde ebenso vorgeschlagen, eine Antwortkategorie einzufügen, die verdeutlicht, dass die beantragte Verlängerung der Behandlung von der Krankenkasse abgelehnt werde anstelle der Antwortkategorien „Verlängerung beantragt“ und „Stundenkontingent erschöpft“ (BPtK, S. 28). Auch von einem Mitglied des Expertengremiums wurde angemerkt, dass die Antwortoption „Verlängerung beantragt“ unnötig sei, da die Therapie noch nicht als beendet angesehen werden könne. Weiterhin sei fraglich, warum zwischen dem Erhebungsdatum und Enddatum der Therapie unterschieden werden sollte (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Ungeplante Beendigungen, die durch „Wegbleiben“ des Patienten/der Patientin begründet sind, sind unter Therapieabbruch subsumiert und werden aus dem Indikator herausgerechnet.

Das Datum der Erhebung des Behandlungserfolgs und das Datum des dokumentierten Therapieendes können, müssen aber nicht zwingend identisch sein.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass die gesonderte Erhebung der Datenfelder 74 und 76 sachgerecht sei. Allerdings sollte im Sinne der Datensparsamkeit geprüft werden, ob die Frage nach der Dokumentation direkt in den jeweiligen Datenfeldern ergänzt werden könnte (BPtK, S. 28).

IQTIG: Entsprechend den methodischen Vorgaben ist pro Datenfeld jeweils nur eine Information zu erheben.

Von einem Mitglied des Expertengremiums wurde angemerkt, dass sich die Ergebnisse der Psychotherapie in psychodynamischen Verfahren noch nach Beendigung der Therapie weiter verbessern würden. Es habe daher erst eine Katamnese nach ca. einem Jahr eine wirkliche Aussagekraft. Es sei außerdem wichtig zu berücksichtigen, dass ein wesentlicher Anteil des Behandlungserfolges unabhängig von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten sei (STN Expertin/Experte).

vertraulich

IQTIG: Es ist zutreffend, dass ein Outcome nicht nur bei Behandlungsende, sondern zu unterschiedlichen Zeitpunkten erhoben werden kann und auch die Langzeitwirkung oder Nachhaltigkeit eines Behandlungserfolgs für die Qualitätssicherung von Interesse ist.

Durch den empfohlenen Indikator soll zunächst eine systematische Ergebniserhebung für möglichst alle Fälle etabliert werden. Dies ist Voraussetzung für ggf. weitere Entwicklungen im Rahmen der Systempflege. Dabei ist grundsätzlich zu beachten, dass mit zunehmender Dauer zwischen Behandlung und Outcome-Erhebung die Zuschreibbarkeit zum Leistungserbringer herausfordernder wird.

4.7 Nicht berücksichtigte Qualitätsaspekte

In drei Stellungnahmen wurde kritisiert, dass die therapeutische Beziehung, welche einer der bedeutendsten Wirkfaktoren und „einer der wichtigsten und robustesten Qualitätsindikatoren für ein gutes Behandlungsergebnis“ sei, nicht als Q-Aspekt berücksichtigt wurde und nicht in einem Indikator gemündet sei (DÄVT, S. 2; DGPM, S. 2; DKPM, S. 2; BPM, S. 2; STN Expertin/Experte). Dies könnte zu einer begrenzten Validität des geplanten QS-Verfahrens führen (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Wie im Abschnitt 4.1.4 des Zwischenberichts zum entwickelten Qualitätsmodell 20 19 ausgeführt, lässt sich die therapeutische Beziehung grundsätzlich mittels psychometrischer Messinstrumente abbilden. Aufgrund der sehr individuellen und vor allem schwer zu erhebenden Einflussfaktoren ist es jedoch fraglich, inwieweit die therapeutische Beziehung als Qualitätsaspekt adressiert werden kann oder geeignet ist, die Qualität psychotherapeutischer Leistungen auf Leistungserbringerebene zu unterscheiden. Auch bereits in den im Rahmen der AQUA-Konzeptskizze geführten Gesprächen mit Expertinnen und Experten wurde es als kritisch angesehen, die therapeutische Beziehung als Qualitätsaspekt für die Zwecke der vergleichenden externen Qualitätssicherung zu verwenden: Dies könne u. a. zu dem Fehlanreiz führen, dass Therapeutinnen und Therapeuten überwiegend Patientinnen und Patienten auswählen, für die der Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung als eher unproblematisch eingestuft wird.

Somit stellt die therapeutische Beziehung zwar einen zentralen Wirkfaktor und einen patientenrelevanten Qualitätsaspekt dar, ist aber ungeeignet, um in einem QS-Verfahren adressiert zu werden.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde vor dem Hintergrund der Novellierung des § 136a Abs. 2a SGB V und der damit zu berücksichtigenden Strukturqualität gefordert, den Q-Aspekt „Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung“ zu untersuchen. Auch sollten die im Rahmen der Literaturrecherche identifizierten ungleichen Zugangschancen zur Richtlinien-Psychotherapie durch

vertraulich

eine Überarbeitung der Bedarfsplanung ausgeräumt werden (PatV, S. 13). In einer anderen Stellungnahme wurde angemerkt, dass die fehlende Berücksichtigung des Q-Aspekts „Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung“ der Zielsetzung „einer flächendeckenden Information zum psychotherapeutischen Versorgungsgeschehen“ entgegen stehen würde. Die Wartezeit auf eine Behandlung sei eine relevante Kennzahl für die Einschätzung der Versorgungssituation (SM BWL, S. 2).

IQTIG: Wie im Abschnitt 4.1.1 des Zwischenberichts zum entwickelten Qualitätsmodell 20 19 u.a. ausgeführt wurde, könnten die durch diesen Qualitätsaspekt adressierten Themen grundsätzlich durch eine retrospektive Abfrage bei den Patientinnen und Patienten erfasst werden. Der betrachtete Versorgungspfad beginnt allerdings frühestens mit der psychotherapeutischen Sprechstunde. Beauftragungsbedingt kann der zeitlich vorangehende Zugang bis zur psychotherapeutischen Sprechstunde nicht Bestandteil des zu entwickelnden QS-Verfahrens sein. Die Beeinflussbarkeit des Verbesserungsbedarfs durch den einzelnen Leistungserbringer erscheint durch die von ihm geleistete Umsetzung der strukturellen Änderungen ausgeschöpft. Eine weitere darüberhinausgehende Beeinflussbarkeit hinsichtlich des Verbesserungsbedarfs durch den Leistungserbringer ist nicht erkennbar, da die Ressourcen und Behandlungskapazitäten der/des einzelnen Psycho-therapeutin/Psychotherapeuten begrenzt sind. Vielmehr sind Verantwortliche auf der Systemebene z. B. in der Bedarfsplanung gefordert, weitere strukturelle Verbesserungen zu ermöglichen.
Im Ergebnis wird dieser Qualitätsaspekt trotz weiterhin bestehenden Verbesserungsbedarfs nicht für das Qualitätsmodell selektiert.

vertraulich

5 Umsetzungs- und Auswertungskonzept

5.1 Datenquelle/Erhebungsinstrument

Von einer der stellungnahmeberechtigten Organisation wurde aufgrund methodischer Limitationen und aufgrund des entstehenden (Dokumentations-) Aufwands vorgeschlagen, eine Umstellung von einer fallbezogenen auf eine einrichtungsbezogene Dokumentation zu erwägen (GKV-SV, S. 3, 17). Mit einer Einrichtungsbefragung könne der Effekt der „Sensibilisierung und Edukation“ ebenso gut wie mit einer fallbezogenen Dokumentation erreicht werden und es bestünden ggf. Synergieeffekte mit einer geplanten zukünftigen Abfrage von Strukturqualitätsmerkmalen (GKV-SV, S. 9). Insgesamt wurde von dieser stellungnahmeberechtigten Organisation in einer einrichtungsbezogenen Erhebung ein besseres Aufwand-Nutzen-Verhältnis gesehen, daher solle auf eine Einrichtungsbefragung umgestellt werden (GKV-SV, S. 8, S. 9). Auch eine andere stellungnahmeberechtigte Organisation sah aufgrund des eher edukativen Charakters und der etablierten Standards in der ambulanten Psychotherapie ein besseres Aufwand-Nutzen-Verhältnis in der Datenquelle einrichtungsbezogene Dokumentation (BPtK, S. 11, 29, 31). Bei der Abwägung zwischen den beiden Datenquellen/Erhebungsmethoden müsse auf der anderen Seite aber auch berücksichtigt werden, dass eine – wenn auch wesentlich weniger umfangreiche – fallbezogene QS-Dokumentation für die Auslösung der Patientenbefragung vonnöten sei (GKV-SV, S. 9). Auch wenn der Auftrag explizit die Entwicklung einer fallbezogenen QS-Dokumentation zum Gegenstand habe, solle eine umfassende Analyse der Stärken (z. B. zusätzlicher Nutzen) und Schwächen des Erhebungsinstruments vorgenommen werden (BPtK, S. 31).

IQTIG: Die verschiedenen in der QS nutzbaren Datenquellen decken sowohl komplementäre als auch überlappende Informationen über die Versorgungsqualität ab. Durchgeführte Prozeduren und erreichte Ergebnisse können durch die fallbezogene QS-Dokumentation abgebildet werden, während Strukturparameter sich mit einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation abfragen lassen. Bei einer einrichtungsbezogenen Dokumentation bleibt der Aufwand für die Leistungserbringer geringer als bei einer fallbezogenen. (IQTIG 2019) S.51

Theoretisch wäre eine einrichtungsbezogene Auslösung und Erhebung für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie möglich und auch die Organisation von Prozessen wäre theoretisch abfragbar. Allerdings ist im Auftrag die Entwicklung eines „fallbezogenen Instrumentariums“ vorgesehen (G-BA 2018), S. 3. Zudem wurden bereits in der Konzeptskizze des AQUA-Instituts der Nutzen des Fallbezugs gegenüber dem Einrichtungsbezug dargestellt (AQUA 2015). Mithilfe einer fallbezogenen Erhebung ist eine zielgenauere QS möglich, wobei

vertraulich

durch die durchschnittlich sehr geringe Fallzahl pro Jahr und Leistungserbringer der Dokumentationsaufwand für den einzelnen Leistungserbringervertretbar bleibt.

Mithilfe einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation werden Aussagen zu Prozessen (z.B. Kooperation) hochaggregiert und ließen keine Berücksichtigung bestimmter Fallkonstellationen zu (z. B. Ablehnung durch Patientinnen und Patienten oder Nichtvorhandensein eines Mitbehandelnden)) zu. Der Aufwand ließe sich kaum reduzieren – auch eine QS-Software wäre trotzdem erforderlich. Daher empfiehlt das IQTIG eine fallbezogene QS-Dokumentation, da mit dieser Erhebungsmethode/Datenquelle eine stärkere Verbesserung der Qualität erwartet wird. Zudem wird die Anschlussfähigkeit des QS-Verfahrens an die Standarddokumentation sichergestellt sowie die Kompatibilität mit der ebenfalls beauftragten Patientenbefragung. Die zusätzliche Beauftragung einer Einrichtungsbefragung z. B. zur Erhebung von Strukturparametern obliegt dem G-BA.

5.2 Vollerhebung und länderbezogenes Verfahren

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation hält die für das QS-Verfahren geplante Vollerhebung sowie die länderbezogene Durchführung aufgrund der Versorgungsstruktur für gut nachvollziehbar (GKV-SV, S. 17).

Dagegen wurde von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation die „entgegen § 299 Abs. 1 Satz 4 SGB V“ geplante Vollerhebung der Leistungserbringer kritisch gesehen, u.a. auch da bei der großen Zahl an Leistungserbringern mit erheblichen organisatorischen Aufwänden (z. B. für das Stellungnahmeverfahren für die LAGen) gerechnet werden müsse (KBV, S. 3, 11). Daher erscheine eine Stichprobenerhebung sinnvoller (KBV, S. 3). Der „hohe technische, administrative und personelle Aufwand“ durch eine Vollerhebung wird auch von anderen stellungnahmeberechtigten Organisationen kritisiert (BÄK, S. 19; DGPM, S. 3; DKPM, S. 3; DGPPN, S. 3; BPM, S. 3). So müsse gerade vor dem Hintergrund der umfangreichen, fallbezogenen QS-Dokumentation der Einsatz eines Stichprobenverfahrens geprüft werden (BPtK, S. 29).

IQTIG: Das Ziehen einer Stichprobe an Leistungserbringern wäre zwar eine theoretische Option für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie, die jedoch keine faire, vergleichende Bewertung ermöglicht. Das Ziehen einer Stichprobe an Patientinnen und Patienten ist angesichts der geringen Fallzahl pro Leistungserbringer problematisch und wäre nicht kompatibel mit der ebenfalls beauftragten Patientenbefragung, da dabei aufgrund des nicht-vollständigen Rücklaufs der Fragebögen mit einer kritischen Verkleinerung der Beurteilungsbasis je Leistungserbringer zu rechnen ist. Zu bedenken ist auch, dass für dieses

vertraulich

QS-Verfahren angedacht ist, dass die angeschlossenen Behandlungsfälle dokumentationspflichtig (i.S.d. Pflicht zur Übermittlung des Datensatzes) werden, aber prozessbegleitend über die vergleichsweise lange Behandlungszeit dokumentiert werden soll. Das bedeutet, dass ohnehin alle Leistungserbringer fallbezogen dokumentieren müssten, auch wenn später im Ergebnis einer Stichprobenziehung keine QS-Pflicht bestünde. Hauptsächlich wären aber durch das Ziehen einer Stichprobe die Wirkmechanismen der QS eingeschränkt: Zwar könnten im Sinne der Versorgungsforschung repräsentative Daten erzielt werden, die Mehrzahl der statistisch auffälligen Leistungserbringer würde jedoch nicht erkannt und keine Qualitätsverbesserungen eingeleitet werden. Auch für die Patientinnen und Patienten lägen im Sinne der Transparenz nur zu einem eingeschränkten Kreis an Leistungserbringern Qualitätsinformationen vor, sodass die Möglichkeiten zur Auswahl eines Leistungserbringers auf Basis aktueller Qualitätsinformationen limitiert wären.

Eine Abschätzung des Aufwands im Stellungnahmeverfahren ist erst nach der Machbarkeitsprüfung möglich. Aktuell werden die Anforderungen im QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie als erreichbar eingeschätzt, so dass keine extrem hohe Zahl an statistisch auffälligen Leistungserbringern zu erwarten ist. In den großen Bundesländern können mehr als eine Expertenkommission eingerichtet werden, um eine zügige Bearbeitung des Stellungnahmeverfahrens zu gewährleisten.

5.3 Anbindung Telematikinfrastruktur

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass das QS-Verfahren – zur Erhöhung der Akzeptanz – „gut implementiert werden“, „geringe technische oder zeitliche Ressourcen in Anspruch nehmen“, „gut bedienbar“ und technisch einwandfrei und erprobt sein solle (STN Expertin/Experte). Hierzu sollte es in bestehende Praxisprogramme integriert werden (STN Expertin/Experte).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde die Nutzung des Diensts KIM über die TI als nachvollziehbar bezeichnet (BÄK, S. 7). Allerdings werde „der Echtbetrieb für KIM erst für das laufende Jahr 2021 anvisiert“, sodass wenig Erfahrungen vorlägen (BÄK, S. 7). Zudem handle es sich um einen Paradigmenwechsel hinsichtlich des Datenflusses, der vom G-BA unabhängig vom QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie vorgenommen werden müsse (BÄK, S. 7).

Eine der stellungnahmeberechtigten Organisationen geht davon aus, dass trotz des geringen Digitalisierungsgrads psychotherapeutischer Praxen „die Anwendung elektronischer Dokumentationsbögen für die fallbezogene QS-Dokumentation flächendeckend möglich sein wird“ (PatV, S. 20). Eine andere stellungnahmeberechtigte Organisation fand es daher nachvollziehbar, dass die QS-Software in

vertraulich

die Abrechnungssoftware integriert wird (GKV-SV, S. 18). Eine stellungnahmeberechtigte Organisation merkte an, dass sichergestellt werden müsse, dass die Systeme zur QS-Dokumentation mit der Praxissoftware kompatibel sind (KBV, S. 11). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angesichts des Digitalisierungsgrades in den Praxen mit einem hohen initialen Aufwand gerechnet (BÄK, S. 11).

Von einer der stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde kritisiert, dass das IQTIG die Vor- und Nachteile bzw. Limitationen verschiedener Optionen zur Datenerfassung und Datenübermittlung nicht hinsichtlich Akzeptabilität, Effizienz und Sicherheit diskutiere bzw. keine abschließende Empfehlung gebe (GKV-SV, S. 18).

IQTIG: Bei der Erstellung einer Spezifikation für die QS-Dokumentation arbeitet das IQTIG mit Softwareanbietern zusammen, die neben der QS-Software auch Praxissoftware herstellen. Wie im Vorbericht ausgeführt, hat sich das IQTIG aufgrund der komplexen Herausforderung bzgl. der technischen Umsetzung daher bereits frühzeitig im Rahmen der Indikatorenentwicklung mit spezialisierten Softwareanbietern ausgetauscht.

Die Kompatibilität der QS-Dokumentation mit der Praxissoftware ist dabei ein Gegenstand der Machbarkeitsprüfung. Die QS-Softwareprogramme müssen durch die KVen akkreditiert werden.

Das IQTIG empfiehlt, den neuen Datenfluss unter Nutzung der Telematikinfrastruktur am Beispiel der ambulanten Psychotherapie einzuführen und ggf. anschließend auch dies auch für andere QS-Verfahren zu prüfen.

vertraulich

5.4 Auslösung, prozessbegleitende Dokumentation und Vollzähligkeit

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde die vorgeschlagene Auslösung am Therapieende begrüßt, da gleichzeitig eine Vollzähligkeitsprüfung erfolgen könne (GKV-SV, S. 18). Es erscheine dabei unproblematisch, dass die Dokumentation prozessbegleitend erfolge, aber die Auslösung zur Pflicht der Übermittlung des Dokumentationsbogens (Dokumentationspflicht) am Therapieende (GKV-SV, S. 18). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurden Erläuterungen zu der Problematik erbeten, dass Abrechnungen quartalsweise erfolgten und daher bis zu drei Monate zwischen Beginn der Behandlung und der Öffnung des Dokumentationsbogens entstehen könnten (KBV, S. 11). Für eine andere stellungnahmeberechtigte Organisation ergibt sich ein Problem hinsichtlich einer prozessbegleitenden Dokumentation daraus, dass sich einige Datenfelder auf Leistungen beziehen, die insbesondere in den psychotherapeutischen Sprechstunden und in den probatorischen Sitzungen durchgeführt werden, und bei akuten Behandlungsfällen, in denen der Richtlinienpsychotherapie eine Akutbehandlung vorangeht (BPtK, S. 28f.).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde hinsichtlich der Vollzähligkeit darauf hingewiesen, dass Selektivverträge zu RichtlinienPsychotherapien existierten (BPtK, S. 30; KBV, S. 12). Für deren Berücksichtigung brauche es eine Lösung (BPtK, S. 30) bzw. eine Aussage seitens des IQTIG für die Einbeziehung in den Soll-Ist-Abgleich (KBV, S. 12).

IQTIG: Das IQTIG schlägt – wie im Vorbericht festgehalten – eine Auslösung am Therapieende mit der Abrechnung einer entsprechenden GOP-Ziffer vor. Der Dokumentationsbogen für die fallbezogene Dokumentation öffnet sich bereit zu Therapiebeginn mit der ersten psychotherapeutischen Sitzung (GOP siehe Anhang B.4), sodass prozessbegleitend dokumentiert werden kann. Die Eröffnung eines Dokumentationsbogens erfolgt mit der Eintragung einer psychotherapeutischen GOP in der Praxissoftware des Leistungserbringers, sollte diese erst am Quartalsende erfolgen ist ein entsprechender Zeitverzug nicht zu vermeiden, wird aber als unkritisch angesehen. Auftragsgemäß werden bei der Entwicklung des QS-Verfahrens die psychotherapeutische Sprechstunde, die psychotherapeutische Akutbehandlung, die probatorischen Sitzungen und die Rezidivprophylaxe berücksichtigt (G-BA 2018), S. 2.

Leistungen, die beim selben Therapeuten bereits im Rahmen der Sprechstunde, Probatorik oder Akutbehandlung erbracht wurden (z.B. Diagnostik), zählen für die Indikatoren entsprechend inhaltlich mit. Nur wenn eine psychotherapeutische Sprechstunde oder Akutbehandlung nicht bei der gleichen Therapeutin / dem gleichen Therapeuten wie die ggf. spätere Richtlinien-Psychotherapie erfolgt, können dem dokumentierenden Leistungserbringer die Daten, die beispielsweise die Diagnostik in der psychotherapeutischen Sprechstunde betreffen, nicht vorliegen. Um jedoch den im Beteiligungsverfahren von den stellungnehmenden Organisationen geäußerten Bedenken Rechnung zu tragen, wurden bei den Datenfeldern zur Diagnostik entsprechende Ausfüllhinweise aufgenommen. Fälle, bei denen nur eine psychotherapeutische Sprechstunde oder eine probatorische Sitzung – und keine ambulante RL-Psychotherapie – erfolgt, werden nicht in die Grundgesamtheit des QS-Verfahrens eingeschlossen.

Der Bericht wurde in Abschnitt 7.2.5 entsprechend angepasst: So sind dem Institut einzelne Selektivverträge, in deren Rahmen Richtlinien-Psychotherapien stattfinden, mitgeteilt worden. Unbekannt ist jedoch, ob und welche Selektivverträge über die GOPs des EBM abrechnen und welche über eigene Abrechnungssysteme vergütet werden. Ausgelöst werden können nur Fälle, bei denen eine GOP zum Therapieende abgerechnet wird. In diesen Fällen ergibt sich für die Ermittlung der Vollzähligkeit durch das IQTIG keine besondere Problematik: In § 15 Abs. 2 DeQS-Richtlinie ist festgelegt und bereits etabliert, dass selektivvertragliche Leistungen von den Leistungserbringern an die Datenannahmestelle für Selektivverträge übermittelt und von dort an das IQTIG

vertraulich

weitergeleitet werden (jährliche Sollstatistik). Das IQTIG kann aus den übermittelten QS-Daten und der Sollstatistik die Vollzähligkeit berechnen.

5.5 QS-Dokumentation und Datenfelder

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass „das Prinzip der Datensparsamkeit [...] bei Erhebung und Übermittlung beachtet werden“ sollte (STN Expertin/Experte). Datensparsamkeit werde auch von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation für wichtig erachtet (DGPT, S. 8). Eine stellungnahmeberechtigte Organisation merkte an, dass die QS-Dokumentation mit 77 Datenfeldern mit einem „hohen technischen, administrativen und personellen Aufwand“ verbunden sei (BÄK, S. 11, 19). Eine andere stellungnahmeberechtigte Organisation kritisierte die hohe Zahl an Datenfeldern vor dem Hintergrund von Aufwands-Nutzen-Gesichtspunkten (BPtK, S. 11). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde der Aufwand zur Dokumentation der Datenfelder insbesondere bei Kurzzeittherapien für unangemessen gehalten (STN Expertin/Experte). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde dieses Argument bestärkt sowie eine Vergütung des Dokumentationsaufwands gefordert, um den Anreiz für kurze Therapien nicht zu konterkarieren (STN Expertin/Experte). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wird gefordert, die QS-Dokumentation um Datenfelder „mit Hinweisen auf besondere Patientenkonstellationen“ zu ergänzen, um solche Fälle bei der Indikatorrechnung aus der Grundgesamtheit ausschließen zu können (BÄK, S. 18).

Einer stellungnahmeberechtigten Organisation ist es wichtig, dass keine Übermittlung „konkreter Daten wie Outcomes und Therapieziele“ erfolgt (STN Expertin/Experte).

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation merkte an, dass die QS-Dokumentation anders als in somatischen Leistungsbereichen in die Versorgungsprozesse eingreife, da erstmals Dokumentationen verpflichtend eingeführt werde (BÄK, S. 18f.). Daher würde es nicht mehr nur um die Einhaltung etablierter Standards, sondern um das Setzen neuer Standards gehen. Aus diesem Grund sei – wie auch im Bericht beschrieben – eine hohe Akzeptanz der Dokumentation vorausgesetzt (BÄK, S. 18f.). Von der stellungnahmeberechtigten Organisation wurde jedoch weiter ausgeführt, dass gerade deshalb die Anzahl der Datenfelder als wenig anwenderfreundlich eingestuft werde und Überarbeitungsbedarf aufgrund von Inkonsistenzen und inhaltlicher Widersprüche bestünde (BÄK, S. 18). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde das Risiko gesehen, dass viele Therapeutinnen und Therapeuten die betreffenden Prozesse als Selbstverständlichkeiten betrachteten, deren recht aufwändige zusätzliche Dokumentation dadurch mit Akzeptanzproblemen einhergehen könnte (GKV-SV, S. 7).

Aufgrund der langen Beobachtungszeiten bei psychotherapeutischen Psychotherapien stellt eine stellungnahmeberechtigte Organisation die Frage nach einer

vertraulich

Softwarelösung für kalenderjahresübergreifende Dokumentation bzw. ob dies bereits mit den Softwareanbietern besprochen wurde (GKV-SV, S. 18).

IQTIG: Gemäß § 135a SGB V sind Leistungserbringer zur Teilnahme an der gesetzlichen QS verpflichtet – die QS-Dokumentation wird (im ambulanten Bereich) über neue fallbezogene GOPs vergütet werden, sofern die Vertragspartner nichts Abweichendes vereinbaren. Nach § 38 Psychotherapie-Richtlinie müssen psychotherapeutische Leistungen ohnehin dokumentiert werden. Bei einer Schätzung zum Aufwand bei der QS-Dokumentation können nicht 77 Datenfelder zugrunde gelegt werden. Der Datensatz enthält auch administrative Datenfelder sowie zahlreiche Filterfragen, sodass die auf eine Filterfrage folgenden Datenfelder für zahlreiche Leistungserbringer entfallen. Aufgrund der Datenfeldsystematik werden komplexe Datenfelder mit vielen Items vermieden. Das IQTIG prüft im Nachgang des Beteiligungsverfahrens eine weitere Optimierung der Datenfelder.

Die empfohlene QS-Dokumentation entspricht im Ergebnis in weiten Teilen der von der BPtK empfohlenen Standarddokumentation, zudem ist eine grundsätzliche verpflichtende Einführung einer Standarddokumentation ohnehin vorgesehen ist (§ 136a Abs. 2a SGB V).

Ob aus den Grundgesamtheiten der Indikatoren zusätzlich weitere Fälle mit besonderen Merkmalen ausgeschlossen werden müssen, kann frühestens nach der Machbarkeitsprüfung und Erprobung festgestellt werden sowie perspektivisch im Regelbetrieb durch das entsprechende Expertengremium geprüft werden. Grundsätzlich ist das Verfahren gezielt diagnose- und verfahrensübergreifend ausgerichtet. Die Herausnahme einzelner Patientinnen und Patienten erfordert sehr konkrete inhaltliche Festlegungen sowie eine empirische Überprüfung.

Eine Übermittlung von konkreten, patientenindividuellen Therapieziele und Outcomes erfolgt nicht, stattdessen werden die Erfüllung einzelner Prozesse (z. B. Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf) und das Eintreten eines definierten Ergebnisses (Erhebung des Behandlungsergebnisses) abgefragt.

Die Spezifikationen für die QS-Dokumentation wird auf Therapien, die über den Jahreswechsel hinausgehen, ausgerichtet werden.

Vertraulich

5.6 Zweijähriger Auswertungszeitraum

Während eine stellungnahmeberechtigte Organisation hinterfragte, ob die Zahl an Therapien in einem zweijährigen Auswertungszeitraum ausreiche, um valide Qualitätsaussagen zu treffen bzw. einen Vergleich zwischen den Praxen vorzunehmen (STN Expertin/Experte), begrüßte eine andere stellungnahmeberechtigte Organisation die Ausführungen und Begründungen des IQTIG zu dem zweijährigen Auswertungszeitraum (PatV, S. 20f.). Mehrere stellungnahmeberechtigte Organisationen bedauerten jedoch gleichzeitig, dass aufgrund des zweijährigen Auswertungszeitraumes bewertete Ergebnisse für die Leistungserbringer und im Bundesqualitätsbericht erst sehr zeitverzögert vorlägen (PatV, S. 21) und damit der Bezug zwischen kritischem Ereignis, Stellungnahme und qualitätsfördernden Maßnahmen entkoppelt werde (KBV, S. 10f.) sowie Rückmeldung quantitativer Informationen und qualitativer Auffälligkeiten an die Praxen auseinanderfielen (STN Expertin/Experte). Eine weitere stellungnahmeberechtigte Organisation sah ein erhöhtes Risiko darin, dass sich die Rahmenbedingungen veränderten und sich dadurch Vergleichbarkeit und Zuschreibbarkeit reduzierten (KBV, S. 10f.).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde erwartet, dass im Vorbericht bereits Regelungsbedarfe (z. B. Fristen), die sich aus dem zweijährigen Auswertungszeitraum ergeben, beschrieben werden (GKV-SV, S. 18).

IQTIG: Im Median werden jährlich je ärztliche bzw. Psychologische psychotherapeutische Praxis 31 bis 50 Patientinnen und Patienten mit Richtlinien-Psychotherapie versorgt. Aufgrund der geringen Zahl an innerhalb eines Jahrs abgeschlossener Psychotherapien wurde ein zweijähriger Auswertungszeitraum vorgeschlagen. Trotz des entstehenden Zeitverzugs zwischen Therapieende und möglichem Stellungnahmeverfahren, Qualitätsförderung und öffentlicher Berichterstattung bleibt das IQTIG aufgrund der geringen Fallzahlen je Leistungserbringer bei dieser Empfehlung. Ein jährlicher Wechsel der in die Auswertung einbezogener Leistungserbringer wird nicht empfohlen, obwohl damit der Aufwand bei den LAGen gleichmäßiger verteilt werden könnte, da auf dieses Weise kein simultaner Vergleich der Leistungserbringer mehr möglich würde.

Die Sicherstellung der Vergleichbarkeit und Zuschreibbarkeit ist eine Aufgabe des IQTIG im Rahmen der Verfahrenspflege (z. B. Anpassung von Abrechnungscodes oder Aufgreifen aktualisierter Evidenz). Darüber hinaus kann vom G-BA eine Evaluation des QS-Verfahrens vorgesehen werden.

Eine Erarbeitung von Regelungsbedarfen wird erst nach der Bearbeitung des geplanten Folgeauftrags zu Gruppentherapien und zur Strukturqualität sinnvoll möglich. Für die Umsetzung des Auswertungskonzepts sind dann Regelungsbedarfe im Bereich des Berichtswesens sowie zur Berechnung statistischer Auffälligkeiten gegeben.

vertraulich

5.7 Datenvalidierung

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation stellte fest, dass bei der Datenvalidierung, dem Abgleich mit der Patientenakte oder einer zukünftig einzuführenden standardisierten Dokumentation, Vertraulichkeit und Schweigepflicht in besonderer Weise geprüft werden müssten (DGPM, S. 4; DKPM, S. 4; DGPPN, S. 4f.; BPM, S. 4). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde konstatiert, dass die Rahmenbedingungen in der somatischen Medizin und in der Psychotherapie nicht gleichzusetzen seien und daher bei der Datenvalidierung die besondere Vertraulichkeit einer Psychotherapie zu beachten sei: Daher wurde die Datenvalidierung mit Aktenabgleich von dieser stellungnahmeberechtigten Organisation kritisch gesehen (BÄK, S. 7). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angeführt, dass die Psychotherapien einem strengen Datenschutz unterliege und überaus sensible Daten enthielten, sodass Akteneinsicht „nur unter sehr klaren und strengen Auflagen erfolgen“ könne, um keinen Vertrauensverlust der Betroffenen zu riskieren (KBV, S. 12). In einer Stellungnahme wurde ausgeführt, dass die stichprobenartige Validierung der QS-Datensätze anhand der Patientenakten mit erheblichen Datenschutzproblemen verbunden sei und dadurch die therapeutische Beziehung belastet würde. Es werde empfohlen, von diesem Vorgehen abzusehen (STN Expertin/Experte). Eine andere stellungnahmeberechtigte Organisation sieht noch offene Fragen zur Schweigepflicht (DGPPN, S. 6).

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation argumentierte, dass die Datenvalidierung angesichts der großen Zahl an Leistungserbringer nur bei einer sehr geringen Stichprobe von Einrichtungen praktisch realisierbar sein werde (GKV-SV, S. 8). Das IQTIG wurde „daher darum gebeten, Kalkulationen zur Prüfquote (bezogen auf Einrichtungen und auf Fälle pro Jahr) zur Validierung der fallbezogenen Daten unter Berücksichtigung der Versorgungsstruktur zu ergänzen, sowie die Umsetzbarkeit der Datenvalidierung auf Landesebene durch die LAGen einzuschätzen“ (GKV-SV, S. 8).

IQTIG: Die Datenvalidierung per Abgleich mit der Patientenakte ist in der stationären QS langjährig erprobt. Auch in Krankenhäusern und auch in der Somatik enthalten die Patientenakten vertrauliche Inhalte und sensible zu schützende personenbezogene Gesundheitsdaten. Hierbei werden Vertraulichkeitserklärungen eingesetzt bzw. die Landesdatenschutzgesetze und andere datenschutzrechtliche (z.B. trägerspezifische) Vorgaben eingehalten. Ggf. wird die Datenvalidierung per Aktenabgleich durch eine Institution mit dem Recht auf Akteneinsicht durchgeführt.

Der rechtliche und konzeptionelle Rahmen für eine Datenvalidierung per Aktenabgleich für den ambulanten Bereich ist in der DeQS-Richtlinie (Teil 1, § 16

vertraulich

und Teil 2, § 13) noch nicht festgelegt. Prüfquoten werden in diesem Rahmen vorgegeben werden.

5.8 Stellungnahmeverfahren und Qualitätsförderung

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation merkt an, dass die große Zahl an dokumentierenden Leistungserbringern eine „enorme Belastung“ für die Fachkommissionen der LAGen werde (BPtK, S. 29). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde der „hohe technische, administrative und personelle Aufwand“ hervorgehoben (BÄK, S. 19). Eine andere stellungnahmeberechtigte Organisation erwartete die Erörterung der Vorteile einer zweijährlichen Einleitung von Stellungnahmeverfahren und Bewertung der Ergebnisse gegenüber einer jährlichen Bewertung der in zwei Gruppen geteilten Leistungserbringer (GKV-SV, S. 18f.). Bei dieser Vorgehensweise könnten Qualitätsbewertungen und Rückmeldung zeitlich näher am Erfassungszeitraum erfolgen (GKV-SV, S. 18f.). Darüber hinaus seien angesichts der geplanten Vollerhebung Überlegungen zum Umsetzungskonzept anzustellen bzw. konkreter zu beschreiben, mit welcher Zahl an Auffälligkeiten auf Seiten der LAGen für Stellungnahmeverfahren und Qualitätsförderung zu rechnen sei. Dabei solle auch die Möglichkeit der Verwendung von Indizes erörtert werden (GKV-SV, S. 19).

IQTIG: Der Vorteil eines Stellungnahmeverfahrens in zweijährlichem Rhythmus ist, dass ein Benchmarking aller Leistungserbringer stattfinden kann, sodass im Sinne der Transparenz vergleichbare Qualitätsinfos für alle Leistungserbringer zum gleichen Zeitpunkt vorliegen. Das IQTIG erkennt jedoch die o. g. Vorteile einer jährlichen Bewertung der in zwei Gruppen geteilten Leistungserbringer an. Damit es hinsichtlich Stellungnahmeverfahren und Qualitätsförderung nicht zu einer zu großen Arbeitsbelastung für die Landesfachkommissionen an den LAGen kommt, sowie Rückmeldung bzw. Ergebnisbewertung nicht zeitlich zu weit von der Datenerfassung liegen, wird vorgeschlagen, mehrere, parallel arbeitende Landesfachkommissionen pro LAG in den großen Bundesländern zu bilden. Durch die große Zahl an Leistungserbringern ist dies einerseits notwendig und wird anderseits auch als möglich eingeschätzt, zumal durch den Wegfall des Gutachterverfahrens Ressourcen bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten frei werden dürften. Daher könnte – entgegen des Vorschlags im Vorbericht, S. 137 – die Frist bis zum Abschluss der qualitativen Bewertung entsprechend der übrigen DeQS-Verfahren nach DeQS-Richtlinie bis zum 31. Oktober des dem Erfassungsjahr folgendes Jahres geregelt werden. Dies wurde im Bericht in Abschnitt 7.7 entsprechend angepasst.

Eine Schätzung der Zahl an Auffälligkeiten bzw. des Aufwands der LAGen für Stellungnahmeverfahren und Qualitätsförderung kann erst nach der Machbarkeitsprüfung vorgenommen werden.

vertraulich

Bei einer Verwendung von Indizes könnten die Qualitätsergebnisse nicht mehr nach Therapiephasen differenziert werden, sodass eine Analyse von Qualitätsdefiziten in den einzelnen Phasen nicht mehr möglich wäre.

5.9 Auswertungen und Aussagen

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation kritisierte die Aussage des IQTIG, dass mit dem QS-Verfahren Informationen über das Versorgungsgeschehen gewonnen werden. Das Indikatorenset müsse insofern präzisiert werden, dass klar wird, über welche Bereiche der Versorgung Aussagen getroffen werden können und über welche nicht und welche Schlussfolgerungen aus den Auswertungen der Qualitätsindikatoren gezogen werden können (STN Expertin/Experte). Dabei eröffnen zahlreiche aggregierte Auswertungsmöglichkeiten Spielraum für interessengeleitete Interpretationsmöglichkeiten, weil die Praxen hinsichtlich ihrer Patientenzahl sehr unterschiedlich seien (STN Expertin/Experte). So merkte eine stellungnahmeberechtigte Organisation an, dass vorab zu klären sei, wer Datenhalter (z. B. Krankenkassen, KVen) seien (DÄVT, S. 3). So blieben auch für eine andere stellungnahmeberechtigte Organisation Fragen hinsichtlich Datensicherheit (Speicherung und Sicherung, Zugriffsrechte, Aufbewahrungsdauer, Nutzung, Verknüpfungsmöglichkeiten mit anderen Datenquellen) offen, daher wurde ein spezifisches Datenschutzkonzept wie auch ein spezifisches Datennutzungskonzept gefordert (DGPT, S. 6, 8).

In Bezug auf geringe Fallzahlen bei einem Leistungserbringer wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation eine fehlende Aussage des IQTIG zu der Frage kritisiert, ab welcher Fallzahl eine Auswertung „nicht mehr sinnvoll“ sei und welches Vorgehen in solchen Situationen vorgeschlagen werde (KBV, S. 10).

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation stimmte dem IQTIG zu, dass im Rahmen des Auswertungskonzeptes eine übergreifende Abstimmung mit der Patientenbefragung erfolgen sollte, damit dem G-BA Empfehlungen für das Gesamtverfahren vorgelegt werden könnten (PatV, S. 21).

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation stellte die Frage, wie festgestellt werden soll, ob das QS-Verfahren die Qualität verbessert, wenn unklar ist, ob die Indikatoren verlässliche und relevante Aussagen über die Qualität der Versorgung machen. Das QS-Verfahren muss zunächst evaluiert werden, auch unter Berücksichtigung etwaiger negativer Wirkungen. Eine Aufwand-Nutzen-Analyse müsse zuvor erfolgen (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Das IQTIG wird im Rahmen des Aufbaus des Regelbetriebs Musterberichte erstellen, sodass die Art und Weise der Auswertungen der Qualitätsindikatoren deutlich wird. Datenhalter ist – wie bei einem Verfahren nach DeQS-Richtlinie üblich – der G-BA. In § 10 Abs. 2 DeQS-Richtlinie ist festgelegt, dass die Bundesauswertungsstelle bzw. das IQTIG die Daten auswertet. Das IQTIG

vertraulich

hat ein QS-Verfahrens-übergreifendes Datenschutzkonzept, das die Richtlinien des G-BA ergänzt. Datenschutzrechtliche Belange werden in den Themenspezifischen Bestimmungen der DeQS-Richtlinie durch den G-BA festgelegt, und werden durch den Bundesdatenschutzbeauftragten geprüft.

Hinsichtlich einer Konkretisierung der erwartenden Zahl an Fällen pro Leistungserbringer (abgeschlossene Behandlungsfälle) wird nochmal darauf hingewiesen, dass die entsprechenden GOP erst Mitte 2020 eingeführt wurden. Es kann also davon ausgegangen werden, dass dazu erstmals im Jahr 2022 Zahlen vorliegen.

Das IQTIG schlägt für die quantitative Auffälligkeitseinstufung zur Auslösung eines Stellungnahmeverfahrens die Verwendung eines statistischen Verfahrens vor. Bei der quantitativen Auffälligkeitseinstufung von Ergebnissen der Leistungserbringer mit Hilfe der sogenannten statistischen Auffälligkeit wird die mögliche Variabilität bei den jährlichen Behandlungsergebnissen berücksichtigt. Es wird anerkannt, dass auch bei Leistungserbringers, die die Qualitätsanforderungen eines Qualitätsindikators erfüllen, aufgrund von stochastischen Schwankungen in einzelnen Jahren das beobachtete Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs liegen kann. Erst wenn das Indikatorergebnis so weit außerhalb vom Referenzbereich liegt, dass die Erklärung durch stochastische Schwankungen nicht mehr plausibel erscheint, wird ein Leistungserbringer als statistisch auffällig eingestuft. Insgesamt gilt, dass die gewonnene statistische Einschätzung der Qualität im anschließenden Stellungnahmeverfahren fachlich überprüft werden soll, da es zu besonderen Versorgungskonstellationen kommen kann, die nicht über die Datenerfassung und damit über die Rechenregeln des Indikators abgebildet werden. Dabei berücksichtigt die statistische Auffälligkeitseinstufung bereits die Fallzahl. Jedes interessierende Ereignis generiert statistische Evidenz dafür, dass ein Qualitätsdefizit vorliegt, während nicht-interessierende Ereignisse diese Evidenz wieder nivellieren. Je größer die Fallzahl ist, desto eindeutiger ist daher in der Regel die statistische Evidenz. Trotzdem kann die statistische Evidenz bei vorgegebenem Referenzwert und Signifikanzniveau auch bei niedrigen Fallzahlen hinreichend für weitere Schritte sein. Dies wurde entsprechend im Bericht ergänzt.

Bevor der G-BA ein QS-Verfahren in den Regelbetrieb einsetzt, indem er eine Richtlinie oder eine Themenspezifische Bestimmung beschließt, ermittelt er zunächst die Aufwände im Rahmen der Bürokratiekostenermittlung nach § 5a Abs. 1 seiner Verfahrensordnung. Eine Evaluation des Verfahrens anhand der Ergebnisse z. B. bezüglich der Wirksamkeit des Verfahren ist im Rahmen des Bundesqualitätsberichts vorgesehen in Teil 1 § 20 DeQS-Richtlinie und kann darüber hinaus vom G-BA in den Themenspezifischen Bestimmungen verfahrensspezifisch beschlossen werden.

vertraulich

5.10 Berichtswesen

Aufgrund der Länge der Psychotherapien über mehrere Jahre bemängelt ein Vertreter des Expertengremiums, dass Rückmeldeberichte nur alle zwei Jahre erstellt würden (STN Expertin/Experte). Eine andere stellungnahmeberechtigte Organisation schlägt im Sinne der Transparenz vor, dass bereits über das erste Erfassungsjahr ein „orientierender Zwischenbericht" erstellt werden solle (GKV-SV, S. 19). Zu den rollierenden Auswertungen sollten zudem einfache Jahresauswertungen an die Leistungserbringer rückgemeldet werden (GKV-SV, S. 19).

Quartalsweise Zwischenberichte wurden von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen für verzichtbar gehalten (PatV, S. 21; GKV-SV, S. 19). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurden hingegen mindestens halbjährliche Zwischenberichte gefordert, um flexibles Agieren durch die Leistungserbringer zu ermöglichen (KBV, S. 11). Von einer stellungnahmeberechtigte Organisation wurde das Berichtswesen insgesamt als aufwändig bezeichnet (BÄK, S. 19).

IQTIG: Im Bericht wurde verdeutlicht, dass die Rückmelde- und Zwischenberichte jährlich im Wechsel erfolgen und dabei Indikatorergebnisse jeweils über die beiden einzelnen Erfassungsjahre als auch über den vergangenen Zweijahreszeitraum (rollierende Auswertung) enthalten. Ein erster Zwischenbericht über das erste Erfassungsjahr wurde im Bericht in Abschnitt 7.6.1.1 eingefügt. Halbjährliche Zwischenberichte zur Rückmeldung an die Leistungserbringer sind grundsätzlich ebenso möglich wie quartalsweise Zwischenberichte, werden vom IQTIG jedoch ebenso aufgrund des Aufwands nicht empfohlen. Das IQTIG hält das Berichtswesen für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie mit jährlichen Berichten bei weitgehend automatisiertem Berichtswesen nicht für zu aufwändig im Vergleich zum Nutzen einer (Zwischen-)Rückmeldung, inwiefern bei einem Leistungserbringer Qualitätsziele erreicht wurden bzw. ein Stellungnahme zur Beurteilung eines etwaigen Qualitätsdefizits erforderlich ist.

5.11 Verwendung von Sozialdaten

Von einer stellungnehmenden Organisation wurde konstatiert, dass es sinnvolle Möglichkeiten gebe, Sozialdaten einzubeziehen (KBV, S. 4). Einerseits könnte damit eine Risikoadjustierung ermöglicht werden, andererseits könnten auf datensparsame Weise wichtige Daten zur zur Erleichterung der QS-Dokumentation erhoben werden (KBV, S. 4, 12): Eine stellungnehmende Institutionregt an, hierzu insbesondere Daten zu Medikamenten, stationären Aufenthalten und Facharztkonsultationen zu prüfen (KBV, S. 12). In der Realität hätten viele Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten schon die Erfahrung gemacht, dass den erkrankten Menschen nicht bewusst sei, welche Angaben wichtig sind, wenn sie

vertraulich

nach Medikamenten gefragt würden und daher wichtige Informationen oft nicht an die Behandelnden weitergegeben würden (KBV, S. 12). Betroffene wüssten oft nicht, dass sie Medikamente erhalten, die die Therapie beeinflussen könnten oder unter in den Bereich der Psychopharmaka fielen (KBV, S. 12). Eine solche Medikation könnte das Outcome einer Therapie erheblich beeinträchtigen. Weiterhin sei es auch möglich, dass Patientinnen und Patienten einen kurzen stationären Aufenthalt aus Scham verschwiegen oder nicht wollten, dass alle Behandelnden voneinander wissen. Diese Informationen könne das QS-Verfahren mithilfe von Sozialdaten einbeziehen (KBV, S. 12). Der Einsatz von Sozialdaten sollte durch das IQTIG erneut geprüft werden (KBV, S. 4).

IQTIG: Sozialdaten bei den Krankenkassen erlauben es, den Behandlungsverlauf anhand von kodierten Informationen zu Diagnosen und Prozeduren sowie Arzneimitteln in die Qualitätsbewertungen einzubeziehen. Zudem fällt bei den Leistungserbringern kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand an. (IQTIG 2019) S.51 Das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie könnte daher von der Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen durchaus profitieren. So sieht auch der Auftrag des G-BA vor, dass das IQTIG Sozialdaten bei der Entwicklung in Betracht zieht (G-BA 2018), S. 3). Bereits in der Konzeptstudie des AQUA-Instituts ist dargestellt worden, dass Sozialdaten bei den Krankenkassen für ein QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie nur sehr eingeschränkt nutzbar wären (AQUA 2015). Im Rahmen des nun vorgelegten Berichts war eine Entwicklung sozialdatenbasierter Indikatoren nicht möglich, da die entsprechenden GOPs unspezifisch sind und noch nicht in den verwendeten Sozialdaten vorlagen. Konkret treffen die für die ambulante psychotherapeutische Versorgung derzeit vorliegenden GOP die adressierten Inhalte der empfohlenen Indikatoren nicht oder nicht umfassend genug. Hinzu kommt, dass beispielsweise Informationen zu Medikation oder stationären Aufenthalt im Sinne der Indikatoren frühzeitig im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung dem Therapeuten bekannt sein sollen, das Erheben über Sozialdaten hätte zwingend die Folge, dass diese Informationen erst mit (jahre)langer Verzögerung nach Behandlungsende vorlägen, was die Qualitätsziele der Prozessindikatoren verfehlen würde.

vertraulich

6 Machbarkeitsprüfung

Von einer stellungnahmeberechtigte Organisation wurde es begrüßt, dass das Indikatorenset sehr gut mit den Empfelungen der BPtK kompatibel sei. Zum einen fördere es die Akzeptanz des Verfahrens und zum anderen würde es eine sehr gute Grundlage bilden, um Dokumentationen übergreifend zu nutzen und unnötige Doppelungen zu vermeiden. Zudem werde die Fokussierung auf relevante Themen in der dokumentationsbasierten Indikatorenentwicklung begrüßt (KBV, S. 7).

Die Durchführung einer Machbarkeitsprüfung wurde in den Stellungnahmen kontovers diskutiert. Während sie von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen befürwortet wurde (KBV, S. 11; BÄK, S. 7 f.; DGPM, S. 3; DPR, S. 1, DGPT, S. 8; STN Expertin/Experte), wurde von einigen stellungnahmeberechtigten Organisation angemerkt, dass diese erst empfohlen sei, wenn die im Vorbericht gestellten Grundsatzfragen nachvollziehbar beantwortet seien. Hierfür bedürfe es eine Überarbeitung des Vorberichts bzw. eine gezielte Nachbeauftragung des IQTIG (BVDM-BVDP, S. 3; DGPPN, S. 6).

Es wurde zudem angemerkt, dass eine Kosten-Nutzen-Analyse durchgeführt werden müsse (DGPT, S. 8) oder im Rahmen eines RCT die Indikatoren auf Haupt- und Nebenwirkungen untersucht werden müssten. Dies betreffe vor allem die Reliabilität und Validität der Instrumente (DÄVT, S. 3).

Von mehreren Stellungnehmenden wurde sich zu den inhaltlichen Schwerpunkten der Machbarkeitsprüfung geäußert. So solle im Rahmen derer die Praktikabilität der Datenfelder intensiv geprüft werden sowie unterschiedliche Versorgungskonstellationen in der Praxis untersucht werden. Des Weiteren sollten Musterrückmeldeberichte an die Leistungserbringer erfolgen, um ggf. Anpassungen für das Fachgebiet vorzunehmen (BÄK, S. 7 f.). Zudem sollte mithilfe der Machbarkeitsprüfung die Referenzbereiche überprüft sowie die Verfahrensunabhängigkeit und Indikationsfreiheit sichergestellt werden (STN Expertin/Experte).

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde sich zur Datenerhebung und Softwareumsetzung geäußert (KBV, S. 11; SG-DGSF, S. 1; DPR, S. 1). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde „eine Machbarkeitsprüfung zur Erprobung und Optimierung des Qualitätsindikatorensets sowie der Erhebungsinstrumente inklusive der Bereiche Auslösung und Datenfluss“ ausdrücklich begrüßt. Der reale Aufwand sei allerdings nur abschätzbar, wenn in der Machbarkeitsprüfung die tatsächlich im Alltag genutzte Praxissoftware verwendet werden würde. Nur hiermit könne geklärt werden, wie viele Informationen tatsächlich aus der jeweiligen PVS übernommen werden könnten und ob die User Experience die Anwendung verbessern oder verschlechtern würde. Die Übertrag-

vertraulich

barkeit der Ergebnisse auf die reale Versorgungssituation wäre mit der Anwendung eines „Ideal-Programms“ mit nur max. 30 freiwillig teilnehmenden Leistungserbringern, laut des Methodenpapiers des IQTIG, retrospektiv nicht gegeben. Es wurde daher ein ausreichender Erprobungszeitraum sowie eine begleitende Evaluation vor dem Regelbetrieb dringend empfohlen (KBV, S. 11). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass in diesem Kapitel die empfohlene Anbindung der QS an die Telematik-Infrastruktur und Nutzung des KIM Dienstes nicht mehr erwähnt werde. Eine Voraussetzung hierfür wäre eine entsprechende Grundsatzentscheidung des G-BA (BÄK, S. 8). Weiterhin wurde durch eine weitere stellungnahmeberechtigte Organisation angemerkt, dass der unterschiedliche Digitalisierungsgrad in psychotherapeutischen Praxen in der Machbarkeitsstudie berücksichtigt werden sollte. Von einer digitalisierten und nicht-digitalisierten Struktur wird abgeraten, da dies vermutlich weniger wirtschaftlich sei (RKI, S. 1).

Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass die Datenerhebung bei dem Leistungserbringer möglichst weitestgehend aus der Primärdokumentation erfolgen müsse und diese dann automatisiert in den Dokumentationsbogen übertragen werden müsse. Eine manuelle Datenerhebung würde das Risiko einer schlechten Datenqualität erhöhen (DPR, S. 1).

IQTIG: Das IQTIG teilt die Einschätzung, dass eine Machbarkeitsprüfung zielführend sein kann und nimmt die Anregungen dazu zur Kenntnis.

vertraulich

7 Risikoadjustierung

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation und einem Mitglied des Expertengremiums wurde darauf hingewiesen, dass es patientenseitige, diagnose- und verfahrensabhängiger Faktoren gebe, die den Therapieprozess stark beeinflussen würden und daher zur Vergleichbarkeit der Leistungserbringer eine Risikoadjustierung notwendig wäre. Besonders Praxen mit dem Fokus auf Persönlichkeitsstörungen könnte durch eine Risikoadjustierung und dem Risiko einer Patientenselektion zugunsten gerechter Vergleichswerte wirkungsvoll entgegengewirkt werden (KBV, S. 4, 12; STN Expertin/Experte).

IQTIG: Das IQTIG empfiehlt für die Indikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation derzeit ausschließlich Prozessindikatoren. Eine Risikoadjustierung ist für Ergebnisindikatoren verpflichtend vorzusehen.

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden das IQTIG gebeten sich dazu zu äußern, ob das Gutachterverfahren in der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen bestehen bleibe und ob Gruppentherapie auch ohne externe Qualitätssicherung durchführbar bleiben (DGPM, S. 4; BPM, S. 4).

IQTIG: Die Beantwortung dieser Fragen obliegt dem Gesetzgeber bzw. dem Gemeinsamen Bundesausschuss.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass es an einem Konzept bzw. Kriterien bezüglich der Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer fehle. Anhand dessen könnte entschieden werden, ob das Ergebnis „im Wesentlichen“ dem Leistungserbringer zugeschrieben werden könne oder wie im Rahmen der Analyse und Qualitätsförderung damit umgegangen werde. Eine zeitnahe Entwicklung sei besonders im Hinblick auf die Folgebeauftragung für Gruppentherapien notwendig, da hier noch komplexere Konstellationen von Leistungserbringern einbezogen werden können (GKV-SV, S. 12).

IQTIG: Das hier vorliegende Indikatorenset zielt ausschließlich auf die Psychotherapie im Einzelsetting, die von nur einem Leistungserbringer erbracht werden darf, nimmt aber den Problemaufriss prospektiv zur Kenntnis.

Vertraulich

8 Verbesserungspotenzial

Von mehreren Stellungnahmeberechtigten wurde das Verbesserungspotenzial der Qualitätsmerkmale thematisiert. So sei es fraglich, ob mit dem QS-Verfahren eine Verbesserung der Versorgung erzielt werden könne, da mittels der Literaturrecherche und Fokusgruppen des IQTIG kaum Hinweise auf ein Verbesserungspotenzial gefunden werden konnten (BÄK, S. 17; DGPPN, S. 3; DKPM, S. 3; KBV, S. 5; DGPT, S. 2; BVDM/BVDP, S. 2; STN Expertin/Experte). Die Begründungen für den Indikator würden sich überwiegend auf die Fokusgruppenerkenntnisse beziehen und daher erscheine es insgsamt unklar, ob und in welchen Umfang ein Verbesserungspotenzial bestehe (BPtK, S. 15).

Von einer weiteren stellungnehmenden Person stammt der Hinweis, dass deutlich gemacht werden sollte, dass das beschriebene Verbesserungspotenzial sich nicht aus Studienergebnissen ableiten ließ und es darüber hinaus nur durch praktische Anwendung des QS-Verfahrens herauszustellen sei (STN Expertin/Experte). In einer Stellungnahme wurde weitergehend ausgeführt, dass zur Qualitätsförderung und Rechtfertigung zur Durchführung eines QS-Verfahrens ein Qualitätspotenzial sicher vorliegen müsse (KBV, S. 7). Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisation wurde gefordert, dass die Einführung des QS-Verfahrens aufgrunddessen mit einer wissenschaftlichen Begleitforschung verbunden sein sollte (DKPM, S. 3; KBV, S. 7). Durch ein Mitglied des Expertengremiums wurde vorgeschlagen, dass QS-Verfahren zunächst als Pilotstudie zur Identifikation der Verbesserungspotenziale zu erproben (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Das IQTIG hat dies bereits im Vorbericht transparent gemacht und u.a. formuliert:

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass zwar Literatur zu den Wirkfaktoren vorliegt bzw. dazu, welche Faktoren das Outcome einer Psychotherapie beeinflussen, jedoch für den deutschen Versorgungskontext Studien und Daten zum konkreten Versorgungsgeschehen bzw. zu Versorgungsdefiziten (jenseits des Zugangsproblems) weitestgehend fehlen. Dies erschwert die Quantifizierung zu erwartender Verbesserungspotenziale erheblich. Ebenfalls nicht möglich zum jetzigen Zeitpunkt ist eine Schätzung, wie hoch der Anteil der Einrichtungen sein wird, die ggf. vom Referenzbereich abweichen werden. Hierzu können frühestens nach Abschluss einer Machbarkeitsprüfung oder ersten regelhaften Datenerhebungen Aussagen gemacht werden.

vertraulich

9 Umgang mit Kurzzeittherapien

Von mehreren Stellungnehmenden wurde Kurzzeittherapien im Rahmen des QS-Verfahrens thematisiert (KBV, S. 7; STN Expertin/Experte). Von Mitgliedern des Expertengremiums wurde kritisiert, dass der Umfang des Indikatorsets insbesondere bei Kurzzeittherapien unverhältnismäßig hoch sei und reduziert werden sollte (STN Expertin/Experte). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass insbesondere bei Kurzzeittherapien, die häufig nicht länger als 5 Sitzungen betragen, „[...] durch das ausführliche und wiederholte Ansprechen aller [behandlungsrelevanten] Dimensionen ein nicht angemessener Fokus gelegt werden“ würde (KBV, S. 7). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde hinterfragt, wie mit Patientinnen und Patienten umgegangen werden solle, die unter einer kurzfristigen passageren Störung leiden würden. Sollten die Prozesse der Kurzzeittherapie und Langzeittherapie genauso abgebildet werden (DÄVT, S. 2).

IQTIG: Das IQTIG empfiehlt die Indikatoren für den Einsatz sowohl in der Kurz- als auch Langzeittherapie. Eine Prüfung, wie mit extrem kurzen Therapien (i.S. einer „Mindestverweildauer“) ggf. umzugehen ist, kann frühestens im Rahmen einer Machbarkeitsprüfung erfolgen.

vertraulich

10 Gutachterverfahren und Qualitätssicherung

In einer Stellungnahme wurde erklärt, dass sowohl die Studie von Wittmann et al. (2011) als auch die fundierte Psychotherapie-Ausbildung in Deutschland darauf hinwiesen, dass das Gutachterverfahren nicht unverzichtbar sei. Das entwickelte QS-Verfahren entspreche dieser Auffassung indem es viele, wenn auch nicht alle, wesentlichen Aspekte einer qualitativ hochwertigen Behandlung adressiere. Es werde jedoch nicht als effizient angesehen, das Gutachterverfahren durch ein so umfassendes QS-Instrument zu ersetzen (STN Expertin/Experte).

Von mehreren Stellungnehmenden wurde kritisiert, dass im Vorbericht nicht ausreichend thematisiert worden sei, dass QS-Verfahren das etablierte Antrags- und Gutachterverfahren ablösen solle. Es werde die Gefahr gesehen, dass das Qualitätsniveau der Psychotherapie durch den Wegfall des Gutachterverfahrens gesenkt werden würde. Das IQTIG wird aufgefordert sich zu dieser Problematik lösungsorientiert zu äußern (DGPPN, S. 3 f.; DGPM, S. 3 f.; DKPM, S. 3 f.; BPM, S. 3 f.; STN Expertin/Experte).

Laut einer Stellungnahme sei es besorgniserregend, dass das Gutachterverfahren durch das entwickelte QS-Instrument zu ersetzen sei. Die mit dem Verfahren gelieferten Daten würden keine belastbare Basis für Allokationsentscheidungen bieten und die Rechtssicherheit der Leistungserbringer gegenüber den Krankenkassen werde fraglich sein. Dies sei bei der Richtlinienentwicklung zu berücksichtigen (SG/DGSF, S. 2).

IQTIG: Die Implementierung eines QS-Verfahrens und die Ablösung des Gutachterverfahrens sind durch den Gesetzgeber im SGB V geregelt.

Zusätzlich wird auf Abschnitt 2.6 des Berichts „Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter – Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren“ des AQUA-Instituts von 2015 verwiesen.

In mehreren Stellungnahmen wurde ausgeführt, dass es fraglich sei wie die Qualitätssicherung für die Behandlung von Erwachsenen in Gruppentherapie und von Kindern und Jugendlichen aussehen werde. Das IQTIG sollte Stellung zu den Fragen nehmen, ob es in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie weiterhin ein Gutachterverfahren und in der Gruppentherapie Behandlungen ohne Qualitätssicherung geben werde (DGPPN, S. 4; DGPM, S. 4; DKPM, S. 4; BPM, S. 4).

IQTIG: Die hier angesprochenen Fragen liegen nicht im Kompetenzbereich des IQTIG.

Vertraulich

11 Nutzen des QS-Verfahrens

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde der Nutzen und die Notwendigkeit des QS-Verfahrens kontrovers diskutiert. So wurden die externen QS-Maßnahmen im Rahmen der ambulaten Psychotherapie in einigen Stellungnahmen grundsätzlich begrüßt (DGPPN, S. 1; DKPM, S. 2; BPM, S. 2; DGPM, S. 2; DPR, 1; OPK, S. 11). Diese könnten einen Gewinn in der Versorgung darstellen, da sie die Transparenz des Leistungsgeschehen sowie die Patientensicherheit erhöhen würden (DGPPN, S. 1; DKPM, S. 2; BPM, S. 2; DGPM, S. 2). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass es wichtig sei, in der QS den Fokus weder zu sehr auf Prozesse, noch auf eindimensionale Ergebnisse zu richten, da dies nicht der realen psychotherapeutischen Versorgungssituation entspreche und nicht zum und nicht zum gewünschten Ergebnis führen würde. Es würden bereits bewährte Methoden zur QS und Qualitätsentwicklung innerhalb der Professionen vorliegen, wie bespielsweise die Verpflichtung zu kontinuierlichen Fortbildungen. Dennoch sei es unabdingbar, dass die QS-Instrumente weiterentwickelt werden würden, um „[...] systematische Fehlerquellen auch außerhalb des psychotherapeutischen Prozesses zu benennen und zu beheben.“ Das vorliegende QS-Verfahren sei hier ein erster Schritt (OPK, S. 11).

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen sowie Mitgliedern des Expertengremiums wurde Kritik an dem geplanten QS-Verfahren geäußert (DÄVT, S. 1, 3; DGPT, S. 1, S. 7; STN Expertin/Experte) Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass die geplanten Maßnahmen nicht nachvollziehbar und nicht verhältnismäßig seien. Der gesetzliche Auftrag sei auch anders zu erfüllen. Es wurde von der Realisierung des QS-Verfahrens abgeraten, da große Zweifel daran bestehen würden, dass dieses einen Zugewinn zu den bisherigen QS-Maßnahmen darstelle (DÄVT, S. 1, 3). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass der durch das QS-Verfahren entstehende Aufwand unverhältnismäßig groß sei. Es wurden zudem die Fragen aufgeworfen, für wen diese große Datensammlung von Nutzen ist und ob sie der Qualitätsverbesserung oder eher der Kontrolle nutzen würden (DGPT, S.7). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation sowie einem Mitglied des Expertengremiums wurde darauf hingewiesen, dass ein Qualitätszuwachs durch das QS-Verfahren nicht erkennbar und es generell fraglich sei, ob es überhaupt möglich sei, „[...] ein sinnvolles verfahrensübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zu entwickeln, dass der Qualitätsentwicklung dient“ (DGPT, S. 1; STN Expertin/Experte). Von mehreren Mitgliedern des Expertengremiums wurde angemerkt, dass die QS-Logik in die therapeutischen Abläufe eingreifen würde. Es enstehe ein hoher Dokumentationsaufwand, da nicht mehr dokumentiert werde, um die Behandlung zu unterstützen, sondern um sich

vertraulich

abzusichern. Weiterhin könne durch das quantitative Erfassen von 77 Datenfeldern durch die Vielfalt der Praxen und Patientenklientel sowie Störungsbildern nicht zwischen „guten“ und „schlechten“ Kolleginnen und Kollegen unterschieden werden. Das QS-Verfahren werde mit der Definition der Referenzbereiche und deren Konsequenzen einen direkten Einfluss darauf haben, wie Therapien durchgeführt werden. Das QS-Verfahren könnte tatsächlich die Therapien verbessern, wenn es diese Vorgaben nicht gebe (STN Expertin/Experte).

vertraulich

12 Patientenbefragung

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass die Patientenbefragung eine zentrale Bedeutung im Rahmen des QS-Verfahrens habe, welches durch die Zuordnung der selektierten Qualitätsaspekte zu den Datenquellen des QS-Verfahrens begründet wurde. Es wurde begrüßt, dass eine wechselseitige Ergänzung inhaltlich ausgesprochen sinnvoll sei (OPK, S. 3). Da die Indikatoren der Patientenbefragung nicht bekannt seien, kann das Gesamtindikatorenset aber nicht abschließend beurteilt werden (KBV, S. 3; DGPT, S. 2; DGPPN, S. 2, 5; OPK, S. 3; STN Expertin/Experte). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hin gewiesen, dass dies wünschenswert gewesen wäre, da die Entwicklung der Patientenbefragung im August 2021 abgeschlossen werden soll und dementsprechend die Indikatoren vermutlich annähernd feststünden. Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde ausgeführt, dass durch das fragmentierte Vorgehen des IQTIG zu keinem Zeitpunkt das vollständige QS-Verfahren betrachtet werden könne und wesentliche Elemente des gesamten Verfahrens, wie das vollständige Indikatorset, dem G-BA erst mit dem Abschlussbericht der Patientenbefragung vorliegen werden (KBV). Von mehreren Stellungnehmenden wurde daher gefordert, ein erneutes Beteiligungsverfahren nach dem Vorliegen beider Abschlussberichte zu ermöglichen, da dies unumgänglich sei (KBV, S. 3; DGPT, S. 8; DGPM, S. 2; DKPM, S. 2; BPM, S. 2) bzw. integrierte Berichte vorzusehen, um die Interaktion besser beurteilen zu können (OPK, S. 3). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass auch eine Gesamtaussage zum QS-Verfahren erst möglich sei, wenn das Instrument der Patientenbefragung sowie die Entwicklungsergebnisse geplanter weiterer Folgebeauftragungen des G-BA abschließend vorliegen (BÄK, S. 19).

IQTIG: Der Zeitpunkt der Beteiligungsverfahren sowohl für den Zwischenbericht zur Entwicklung der Patientenbefragung als auch für den Vorbericht zur Entwicklung der dokumentationsbasierten Indikatoren entspricht den „Methodischen Grundlagen V1.1“ des IQTIG (IQTIG 2019).

Da die Anmerkungen der Stellungnehmenden nachvollzogen werden können, prüft das IQTIG die Möglichkeit einer zusammenfassenden Darstellung des gesamten Indikatorensets im Abschlussbericht zur Entwicklung der Patientenbefragung.

Die Patientenbefragung als Teil des QS-Verfahrens wurde in den Stellungnahmen teilweise kontrovers diskutiert. Einerseits wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation die Einbeziehung der Patientenbefragung in das QS-Verfahren als gleichberechtigte Methode ausdrücklich begrüßt (PatV, S. 5). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass in dem

vertraulich

künftigen QS-Verfahren der Patientenbefragung eine „[…] bedeutendere Rolle hinsichtlich der Herstellung von Transparenz und der Qualitätsförderung zukommen wird, im Verhältnis zu den klassischen dokumentationsbasierten/selbstberichteten Indikatoren der Leistungserbringer […]“ und somit „[...] wichtige, patientenrelevante Prozess- und Ergebnisparameter durch erwartbar valide Indikatoren“ abdecken werde (GKV-SV, S. 4).

Andererseits wurde von einer anderen Stellungnahmeberechtigten darauf hin gewiesen, dass aus methodischer Sicht Indikatoren aus einer Patientenbefragung ausschließlich für das interne Qualitätsmanagement der Einrichtungen in das QS-Verfahren aufgenommen werden könnten, da die Anforderungen an einen Qualitätsindikator auch laut des Methodenpapiers des IQTIG nicht erfüllt werden könnten (KBV, S. 10). Von zwei weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde dazu geraten, „die generierten Daten der gesetzlichen QS anhand der Patientenbefragung zu validieren, teilweise durch Ergebnisindikatoren zu ergänzen und zur Erforschung und Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung einzusetzen“ (SG/DGSF, S. 1).

IQTIG: Im Ergebnis der Konzeptstudie wurde die Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie ausdrücklich empfohlen (IQTIG 2019) und nachfolgend auch durch den G-BA beauftragt.

Einige Anmerkungen in den Stellungnahmen zielen grundsätzlich auf die Entwicklung von Patientenbefragungen bzw. auf Fragen der Umsetzung von Patientenbefragungen als Instrumente der externen Qualitätssicherung ab. Diesbezüglich wird darauf hingewiesen, dass die „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG kontinuierlich weiterentwickelt werden, wobei vor der Veröffentlichung aktualisierter Versionen jeweils separate Stellungnahmeverfahren durchgeführt werden. Die „Methodischen Grundlagen“ (IQTIG 2019) stellen die wissenschaftlichen Arbeitsgrundlagen des IQTIG als fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut nach § 137a SGB V dar. Sie umfassen die Methoden der Entwicklung, Weiterentwicklung und Durchführung von QS-Verfahren im Auftrag des G-BA. Auch die Entwicklung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie wird auftragsgemäß in Übereinstimmung mit den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG durchgeführt.

Der Abschlussbericht zur Entwicklung der Patientenbefragung, wird am 15. Dezember 2021 dem G-BA übermittelt.

Vertraulich

Literatur

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 (abgerufen am: 02.08.2018).

Beard, JIL; Delgadillo, J (2019): Early response to psychological therapy as a predictor of depression and anxiety treatment outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety* 36(9): 866-878. DOI: 10.1002/da.22931.

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. [Stand:] 17.05.2018. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3334/2018-05-18_IQTIG-Beauftragung_QS-Verfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf (abgerufen am: 24.06.2019).

Schawohl, A; Odenwald, M (2018): Häufigkeit und Risikofaktoren des Therapieabbruchs in einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz: Der Einfluss von riskantem Alkoholkonsum zu Therapiebeginn. *Verhaltenstherapie* 28(4): 222-228. DOI: 10.1159/000492086.

vertraulich