



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# **Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psycho- therapeutischen 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

**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](mailto: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)

# **Stellungnahmen der nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligten Organisationen und Institutionen**

BPM-Geschäftsstelle · Meißner Weg 41 · 12355 Berlin

**IQTIG**  
Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen  
Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 BerlinPer Mail: [verfahrensentwicklung2@iqtig.org](mailto:verfahrensentwicklung2@iqtig.org)

1. Mai 2021

**Stellungnahme des BPM zum Vorbericht des IQTIG zu den  
Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeu-  
tischen 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.

**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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto:cora.weber@oberhavel-kliniken.de)[info@bpm-ev.de](mailto:info@bpm-ev.de)  
[www.bpm-ev.de](http://www.bpm-ev.de)**Bankverbindung**Deutsche Apotheker- und Ärztekasse Hamburg  
IBAN DE76 3006 0601 0004 2289 60  
BIC DAAEED33XXX

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 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 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 Qualitätssicherungsinstrumentes 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





**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 hirnrorganischen 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.

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 Beobachtungszeitraumes 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.

**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

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.

*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 andererseits 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 Fokusgruppendifkussion.

*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.



Auf Seite 118 wird die Aussage getroffen: „Die Indikatoren sind diagnose- und verfahrens-unabhängig 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

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 abzarbeiten 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.

## 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 Psychotherapie 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 Psychotherapie 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

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  $\geq 90\%$  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 patientenindividuelle Angemessenheit (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  $\geq 90\%$  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  $\geq 95\%$  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

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)

$\geq 90\%$

*Kommentar der Bundesärztekammer:*

Während es im Bericht (Seite 92) heißt: „Es wird ein Referenzbereich von  $\geq 95\%$  vorgeschlagen“, sind im Indikatorenblatt (Seite 26) „ $\geq 90\%$ “ 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?“

*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 entsprechen (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.

#### 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 Therapiezieleerreichung?/ 2. Wurde diese dokumentiert?
3. Erfolgte eine Anpassung der Therapiezieleerreichung?/ 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.



#### 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/Nervenheilkunde/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?“

*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.

## 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	Bezeichnung
11, 19	Rationale	Vorraussetzung
22	Zähler	angemessenens
28	Anmerkungen	Psychotherapeutin
29, 32, 42, 49	Anmerkungen	entprechen
29	Zähler	Therpapie(teil)ziele
29	DF 37	individuellenTherapie(teil)ziele
30	Rationale	Treatment
31	Rationale	Einie Leitlinie
22, 32	Anmerkungen	patientenindividuelle
35	Rationale	Leitlinie
36	Zähler	Mitbehandelnen
44	Rationale	patientenindividuell

## 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 Richtlinien-therapie 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

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

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 zu recht 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.

Stellungnahme

---

Stellungnahme zum IQTIG-Vorbericht zur Entwicklung  
eines „Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten  
psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich  
Krankenversicherter“  
vom 22. März 2021

---

**30.04.2021**

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Methodisches Vorgehen des IQTIG</b> .....	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Entwicklung der Qualitätsindikatoren</b> .....	<b>6</b>
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
<b>4</b>	<b>Umsetzungs- und Auswertungskonzept</b> .....	<b>28</b>
<b>5</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>30</b>
<b>6</b>	<b>Literatur</b> .....	<b>32</b>



## 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 Krankenkversicherter 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.

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 rekuriert, 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.

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  $\geq 90$  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  $\geq 95$  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.

### 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 & Delgado 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.

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 rekuriert 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

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

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



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



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 biographische 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.

### 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 Eingangsdagnosen 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 Eingangsdagnosen 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 Eingangsdagnostik 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-

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 therapieverfahrens unabhängiges 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

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-

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

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 Therapieverläufe im konkreten Behandlungsfall sehr unterschiedliche Relevanz haben können. Insoweit wäre es für ein diagnose- und verfahrens unabhängiges 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.

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.



### 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



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

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:

- 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.

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 subsumieren:

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.

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.

### 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.

### 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,

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 regelmäßig 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,



- 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, wengleich 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.

### 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-

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-Verfahren ambulante Psychotherapie auf Basis einer solchen fallbezogenen Leistungserbringerdokumentation sind im Abschlussbericht noch ausführlich darzustellen und zu diskutieren, einschließlich

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.

## **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.

## 6 Literatur

- Beard, JIL; Delgadoillo, 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; Víslá, 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](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](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](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](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045l_S3_ADHS_2018-06.pdf) (abgerufen am: 18.04.2021).

- 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\\_Angststoerungen\\_2014-05-abgelaufen.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-028l_S3_Angststoerungen_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\\_Esstoeerung-Diagnostik-Therapie\\_2019-01.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026l_S3_Esstoeerung-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\\_Zwangsstoeerungen\\_2013-abgelaufen.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038_017l_S3_Zwangsstoeerungen_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 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.]. [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-009l\\_S3\\_Schizophrenie\\_2019-03.pdf](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-Stoeerungen\\_2021-02.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001l_S3-Screening-Diagnose-Behandlung-alkoholbezogene-Stoeerungen_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-



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](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](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).





Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.

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.

## **Prozessqualität**

Wir haben den Eindruck, dass die neue QS neue Akzente setzt im Vergleich zur bisherigen 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.**

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 erhobenen Daten möglich ist. Wer wird im Besitz der Daten sein, wer nicht (Krankenkassen, 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)

**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.**

## 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 dargestellt. 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.

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 Qualitätssicherungsinstrumentes durch das IQTIG steht jedoch noch in einem weiteren Zusammenhang, der in Zukunft Beachtung erfordert. Durch das

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 Qualitätssicherungsinstrumentes 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.**

## **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

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 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.



- 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.

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse,  
Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT)  
zum Vorbericht des IQTIG zum Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten  
psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter**

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 Krankenkversicherter 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 Krankenkversicherter 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.

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 erhoben 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

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.

## **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

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

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.



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.



### **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.

### **Forderungen:**

- **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**

DGPSF e.V. · Obere Rheingasse 3 · D-56154 Boppard

An  
IGTIG  
Prof. Dr. Jürgen Pauletzki  
Frau Fanny-Schoeler-Rädke  
Katharina-Heinroth Ufer 1  
**10787 Berlin**

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

1. Mai 2021

**Stellungnahme zum Vorbericht „Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter“**


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)

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](mailto:verfahrensentwicklung2@iqtig.org)

Berlin, 30.04.2021

## Stellungnahme der DGPM zum Vorbericht des IQTIG zu den Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter

Mit dem Beschluss vom 17. Mai 2018 hat der G-BA das IQTIG beauftragt, ein einrichtungsübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter 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 Richtlinienanforderungen 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.

### 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 Paul-  
mannshöher 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  
Grünwaldstr. 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-Instrumentes 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-Instrumentes 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 Qualitätssicherungsinstrumentes 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. 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

## **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](mailto:info@deutscher-pflegerat.de)

DKPM Geschäftsstelle, Jägerstr. 51, 10117 Berlin

**IQTIG**  
Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen  
Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

per Mail: [verfahrensentwicklung2@igtig.org](mailto:verfahrensentwicklung2@igtig.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 Richtlinien-therapie 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.

**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  
[cherma@gwdg.de](mailto:cherma@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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto:christiane.waller@klinikum-nuernberg.de)

**DKPM Geschäftsstelle**

Sascha Hellendahl  
Jägerstr. 51  
10117 Berlin  
T: 030/20648243  
[info@dkpm.de](mailto:info@dkpm.de)

Website: [www.dkpm.de](http://www.dkpm.de)



Das Vorliegen einer qualitativen Auffälligkeit soll durch ein Expertengremium auf Landesebene geprüft werden. Vor dem Einsatz dieses Qualitätssicherungsinstrumentes 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-Instrumentes 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, so dass 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-Instrumentes 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 Qualitätssicherungsinstrumentes 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.

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

**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

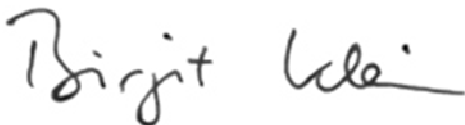
29.04.2021

### **Stellungnahme zum Zwischenbericht des IQTIG durch die deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT e.V.)**

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](mailto:info@degpt.de)  
[www.degpt.de](http://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)

## **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 Krankenkversicherter 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

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 werden.
- 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.

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

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 Therapieziele herangezogen werden.

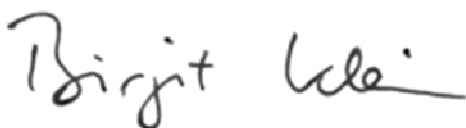
Ein Datensatz im Bereich der Anamnese unter fallbezogener Dokumentation die Erhebung von lebensverändernden, belastenden Ereignissen, resp. speziellen Gewalterfahrungen wird somit für unabdingbar gehalten.

### **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.



**Stellungnahme  
des GKV–Spitzenverbands  
vom 03.05.2021**

**zum Vorbericht  
„Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten  
psychotherapeutischen Versorgung  
gesetzlich Krankensversicherter“  
des IQTIG**

**GKV–Spitzenverband**  
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin  
Telefon 030 206288–0  
Fax 030 206288–88  
[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

## Inhaltsverzeichnis

<b>I. Zusammenfassung .....</b>	<b>3</b>
<b>II. Hintergrund .....</b>	<b>5</b>
<b>III. Allgemeine Stellungnahme.....</b>	<b>6</b>
<b>IV. Detaillierte Stellungnahme.....</b>	<b>10</b>
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
<b>Literatur.....</b>	<b>20</b>

## 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 fallbezogenen 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

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 entwickeln, 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.

## 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.

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.<sup>1</sup>

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.

---

<sup>1</sup> Siehe unveröffentlichter Zwischenbericht des IQTIG zur Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie (2020).

**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

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 Einrichtungsbeurteilung 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.



**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.

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.

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 unbefriedigendes 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.

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.

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	<p>Für beide Indikatoren gilt, dass es aus den Fokusgruppen und den empirischen Daten Hinweise auf Qualitätsdefizite gibt und seitens der Leitlinien klare Empfehlungen.</p> <p>Dennoch ist es im Expertengremium nicht gelungen einen Konsens für eine klare konkrete Operationalisierung zu erzielen.</p> <p>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.</p> <p>Ferner ist eine Diagnostik Voraussetzung für die Behandlung und damit ein Standard, der auf <u>alle</u> Patienten und nicht auf</p>

	<p>„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?</p> <p>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.</p>
<p>1.2 Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten</p>	<p>Auch hier gilt, dass es aus den Fokusgruppen und den empirischen Daten Hinweise auf Qualitätsdefizite gibt und seitens der Leitlinien klare Empfehlungen.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

<b>Qualitätsaspekt 2: Therapiezielvereinbarung</b>	
2.1. Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen	<p>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.</p> <p>Die o.g. Inhalte implizieren auch, dass nach Ansicht des GKV-Spitzenverbands dieses Qualitätsziel für „möglichst alle“ statt „möglichst viele“ Patienten erreicht werden sollte.</p> <p>In dem Datensatz zur Dokumentation sollten die Fragen zur Anwendung und zur Dokumentation zusammengeführt werden.</p>
<b>Qualitätsaspekt 3: Erfassen und Besprechen des Therapiefortschritts im Verlauf</b>	
3.1. Reflexion des Therapieverlaufs	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Die Leitlinien empfehlen eine therapiebegleitende Evaluation, die – durchaus auch instrumentengestützt – die anfangs vereinbarten Therapieziele prüft und ggf. adjustieren hilft (S. 83).</li><li>• 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.</li></ul>
3.2 Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf	

	In dem Datensatz zur Dokumentation müssen die Fragen zur Anwendung und zur Dokumentation zusammengeführt werden.
<b>Qualitätsaspekt 4: Kooperation</b>	
4.1 Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>In dem Datensatz zur Dokumentation müssen die Fragen zum Austausch und zur Dokumentation zusammengeführt werden.</p>
<b>Qualitätsaspekt 5: Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes</b>	
5.1 Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie	<p>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</p>
5.2 Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen	<p>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</p>



zur Absicherung des Behandlungsergebnisses	ist insofern wenig valide. Falsch-positive Ergebnisse dieser Selbstauskunft sind zu erwarten.
<b>Qualitätsaspekt 6: Outcome</b>	
6.1 Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie	<p>Siehe dazu auch oben die allgemeineren Anmerkungen zur Ergebnisqualität.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Der Indikator ist entsprechend zu unspezifisch und damit nicht valide und wird falsch positive Ergebnisse bzw. Deckeneffekte erzeugen.</p>

### 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

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 Ergebnismeldungen 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).

## Literatur

IQTIG (2019a): Methodische Grundlagen V.1.1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.1.1\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1.1_barrierefrei_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](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>

# STELLUNGNAHME DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG

ZUM VORBERICHT DES IQTIG „QUALITÄTSSICHERUNGSVERFAHREN  
ZUR AMBULANTEN PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG  
GESETZLICH KRANKENVERSICHERTER“  
(STAND 22. MÄRZ 2021)

DEZERNAT  
VERSORGUNGSQUALITÄT

27. APRIL 2021

VERSION 1.0

# INHALT

---

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>3</b>
<hr/>		
<b>2</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT</b>	<b>3</b>
<hr/>		
<b>3</b>	<b>ANMERKUNGEN ZUR EINLEITUNG</b>	<b>4</b>
<hr/>		
<b>4</b>	<b>ANMERKUNG ZU DER VERSORGUNGSPRAXIS UND GRUNDGESAMTHEIT</b>	<b>5</b>
<hr/>		
<b>5</b>	<b>ANMERKUNGEN ZUR METHODIK</b>	<b>5</b>
<hr/>		
<b>6</b>	<b>ANMERKUNGEN ZU DEN ERGEBNISSEN</b>	<b>7</b>
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
<hr/>		
<b>7</b>	<b>ANMERKUNGEN ZU UMSETZUNG, AUSWERTUNGSKONZEPT UND SCHRITTE BIS ZUM REGELBETRIEB</b>	<b>10</b>
<hr/>		
<b>8</b>	<b>ANMERKUNGEN ZUM ANHANG ZUM VORBERICHT</b>	<b>12</b>
<hr/>		
<b>9</b>	<b>REDAKTIONELLE UND WEITERE HINWEISE</b>	<b>13</b>

# 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 Krankenkversicherter“. 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 Krankenkversicherter 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 präserter im Bericht dargestellt werden, damit klar ersichtlich ist, dass Überarbeitungen folgen werden.

### 3 ANMERKUNGEN ZUR EINLEITUNG

Das IQTIG berichtet mehrfach (erstmalig 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



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.

## 5 ANMERKUNGEN ZUR METHODIK

Die einzelnen methodischen Schritte vom Qualitätsaspekt zum Qualitätsindikator werden transparent und verständlich erläutert. Insbesondere die im Anhang befindliche Vorgehensweise der umfangreichen 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 unterscheiden 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

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 Psychotherapeutenchaft 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.**

### 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 Psychotherapeutenchaft 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, dass 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 Richtlinien-therapie. 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

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.

## 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 Therapeuteschaft sollte eine Berichterstattung mindestens 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.

## **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 dass 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



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 % ausbildet. 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 Richtlinien Therapien 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.



Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht des IQTIG - QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

## **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**

#### **Ansprechpartner/in:**

Prof. Dr. Dr. Heiko Waller, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG)

[waller.berlin@t-online.de](mailto:waller.berlin@t-online.de)

Dipl.-Psych. Jürgen Matzat, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG)

[juergen.matzat@psycho.med.uni-giessen.de](mailto:juergen.matzat@psycho.med.uni-giessen.de)

Cordula Mühr MD MPH, DBR / Sozialverband Deutschland e.V. (SOVD)

[cordulamuehr@yahoo.de](mailto:cordulamuehr@yahoo.de)

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht des IQTIG - QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter

## 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).

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*

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht des IQTIG - QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

*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.*

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht des IQTIG - QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

*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 Anforderung, 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



Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht des IQTIG - QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter 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,

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht des IQTIG - QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

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).



Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht des IQTIG - QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

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.

### 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

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht des IQTIG - QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

- 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.
---

## 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 Merkmale 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

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht des IQTIG - QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter 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.

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht des IQTIG - QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

## 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.

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht des IQTIG - QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

## 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

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht des IQTIG - QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

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.

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-

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht des IQTIG - QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

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.



Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht des IQTIG - QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

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>).

## 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



Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht des IQTIG - QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter

- 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

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht des IQTIG - QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

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 Sozialtherapeuten, 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.

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

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht des IQTIG - QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

- 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

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

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht des IQTIG - QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

- 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.

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht des IQTIG - QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter

## 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, dass 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*

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht des IQTIG - QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

*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 substantiell 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.




# Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

Ministerium für Soziales und Integration  
Baden-Württemberg · Postfach 103443 · 70029 Stuttgart

IQTIG  
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen  
Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

Datum 30.04.2021  
Name Michael Krier  
Durchwahl 0711 123-3820  
Aktenzeichen 53-5227.8-007/1  
(Bitte bei Antwort angeben)

 Entwicklung eines QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung/Beteiligungsverfahren

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 Patientenchproben 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 dialogische Ausrichtung der hinzugezogenen Expertengruppen.

Wünschenswert wäre, die Zielgruppe der Qualitätssicherungsdokumentation auf alle versorgten Altersgruppen auszuweiten. Der G-BA Auftrag nimmt Behandlungen für

Else-Josenhans-Str. 6 · 70173 Stuttgart · Telefon 0711 123-0 · Telefax 0711 123-3999 · [poststelle@sm.bwl.de](mailto:poststelle@sm.bwl.de)

 Stadtmittel ·  Charlottenplatz ·  Dorotheenstraße · [www.sozialministerium-bw.de](http://www.sozialministerium-bw.de) · [www.service-bw.de](http://www.service-bw.de)

Informationen zum Schutz personenbezogener Daten unter [www.sozialministerium-bw.de/datenschutz](http://www.sozialministerium-bw.de/datenschutz)

Auf Wunsch werden Ihnen diese auch in Papierform zugesandt.



Patientinnen und Patienten aus, die zu Beginn der Behandlung noch nicht volljährig sind, was inhaltlich in Bezug auf die Befragungskomponente des vorgesehenen Qualitätssicherungsverfahrens, 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 beeinflussbar 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



Vorstand

Dr. Gregor Peikert, Präsident  
Margitta Wonneberger, Vizepräsidentin  
Dr. Sabine Ahrens-Eipper  
Barbara Breuer-Radbruch  
Dr. Dietmar Schröder  
Johannes Weisang

Geschäftsführer

Dr. Jens Metge

# 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

Telefonprechzeiten Mo.-Do.

09.00 bis 12.00 Uhr  
12.30 bis 15.00 Uhr

Steuernummern

OPK: 231/149/04252  
BgA: 231/144/04489

## 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

## 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 umfangreich 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.

## 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.

#### 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.

**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.

## 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 gesamte 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 evidenzbasierten Vorgehen ausgegangen werden. In der systemischen Therapie ebensowenig. Da das IQTIG seinem Auftrag und den gesetzlichen

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.



## 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.

## 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.

## 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.

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.

Leipzig, den 01.05.2021

  
Dr. S. Ahrens-Eipper

## **Stellungnahme: Vorbericht zum Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter (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 Qualitätssicherungsverfahrens 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](https://www.kbv.de/media/sp/IGES_KBV_PraxisBarometer_2020.pdf) (abgerufen am: 30.04.2021)).

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im  
Gesundheitswesen (IQTIG), Abt. Verfahrensentwicklung  
Fanny Schoeler-Rädke, M.A.  
Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

**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](mailto:info@systemische-gesellschaft.de)  
[www.systemische-gesellschaft.de](http://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](mailto:info@dgsf.org)  
[www.dgsf.org](http://www.dgsf.org)

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.

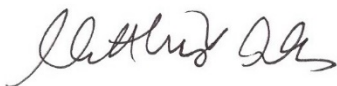
So steht es z. B. jeder Fachgesellschaft frei, für das von ihr vertretene Psychotherapieverfahren spezifische Ergebnisindikatoren zu entwickeln, ihren Mitgliedern zur Verfügung zu stellen und in der Forschung einzusetzen. In der Systemischen Therapie gehört z. B. das Routine Outcome Monitoring (ROM) 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.

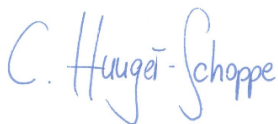
### **Spezifische Kritikpunkte aus Warte der Systemischen Therapie**

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.

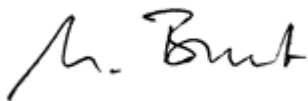
Mit freundlichen Grüßen



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

# **Stellungnahmen der Mitglieder des Expertengremiums**

Hinweis: Personenbezogene Daten wie Adressdaten wurden unleserlich gemacht.

# Stellungnahme

zum Vorbericht des IQTIG zur  
*„Entwicklung eines QS-Verfahrens  
zur ambulanten Psychotherapie“*

**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

# 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.

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.

## 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?

### **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 unbekanntenen 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.

# 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 Verlaufsdocumentation der ambulanten Psychotherapie verpflichtend einführt.

# 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.

- 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 diagnostische 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.



**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

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.**

**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.

- 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.

**Das implizite Modell von Psychotherapie, das der fachlich falschen Annahme 1 zugrundeliegt, ist ein**

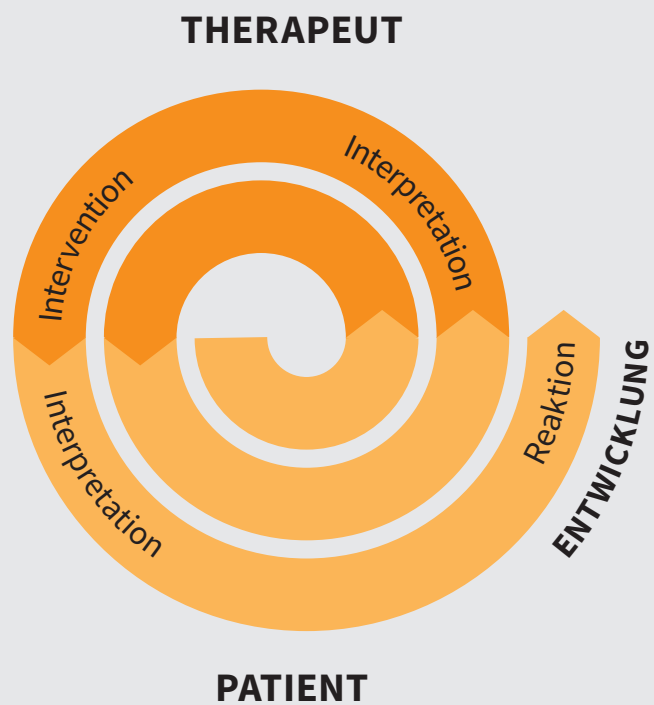
- konkretistisches (z. B. „Einen diagnostischen Test durchzuführen ist ‚gut‘.“)
- lineares („Was ‚gut‘ ist, führt zu einer Verbesserung.“)
- kausales („Weil man eine Maßnahme durchführt, geht es dem Patienten besser.“),
- dependentes („Der Therapeut ist die Ursache, im Patienten zeigt sich die Wirkung.“)

**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 hindernd 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)

GRAFIK 1

## INTERDEPENDENTES BEZIEHUNGSMODELL



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.**

## **Fachlich falsche Annahme 3: Das Ausmaß der Zielerreichung ist der Maßstab für den Therapieerfolg.**

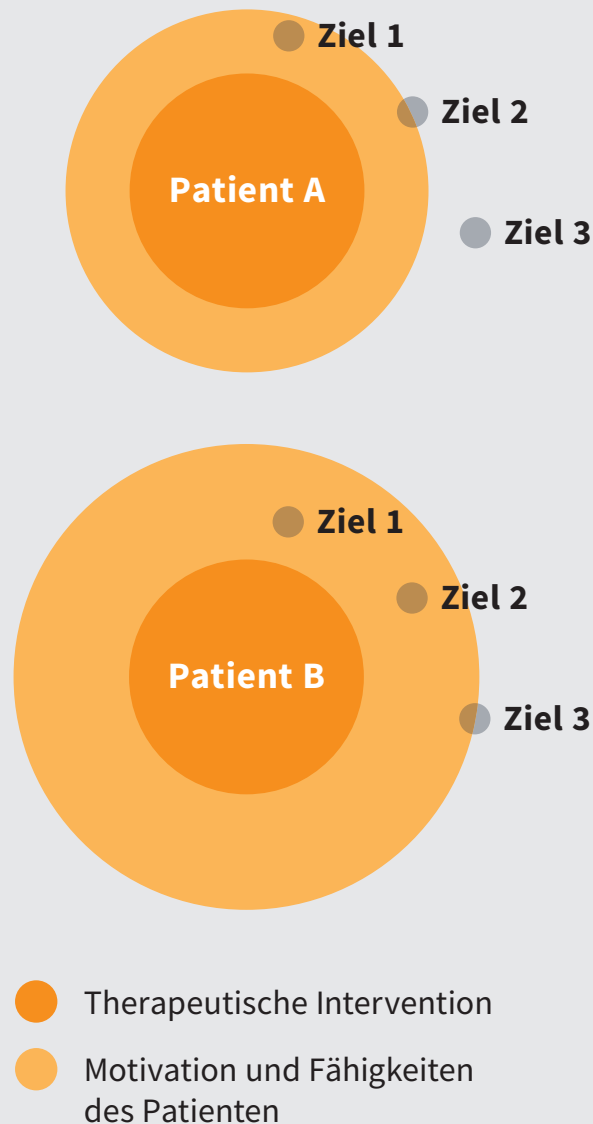
Als Therapieziele werden in der Regel und nachvollziehbarer Weise allgemeine Ziele wie „Symptomfreiheit“, „Beziehungsfähigkeit“, „Konfliktfähigkeit“ oder „psychische Stabilität“ von Patienten benannt.

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

## THERAPIEERFOLG



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.**

Dipl.- Psych. Christiane Dittmann  
Praxis für Psychotherapie  
Tiefenpsychologie und Psychoanalyse  
Für Erwachsene, Kinder und Jugendliche



Gardelegen, den 01.05.2021

**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**

## 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 Richtlinien therapie 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

Testverfahren im EBM hinweisen. Sollte dieser Indikator auf dieses hohe Niveau einer QS-Einschätzung gehoben werden, das 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

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 das 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 einem 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

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.

Dipl.-Psych. Christiane Dittmann  
Psychologische Psychotherapeutin

# Stellungnahme

zum Vorbericht „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten  
psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich  
Krankenversicherter“ des IQTIG



**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.

## 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  $\geq 90$  bzw.  $\geq 95$  % 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  $\geq 90-95\%$  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 denkbare 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.

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).

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  $\geq 7$  (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

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

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.

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 einrichten:

- „*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 keinsten Weise (angemessen)

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 keinsten 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



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**

---

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; Vökle, 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,

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**

#### Indikator 1: Umfassende diagnostische Gespräche mit Erfassung von behandlungsrelevanten Dimensionen

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. angegeben, 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.

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.

#### Indikator 2: Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von Testverfahren (als Eingangsdiagnostik)

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

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 vorgebracht 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.

#### Indikator 3: Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen

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.

#### Indikator 4: Reflexion des Therapieverlaufs

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

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 weitere 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.

#### 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/Gesundheitspflege 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

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 anerkanntem 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



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. zu 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

Anmerkung: bei den mit \* gekennzeichneten Inhalten handelt es sich um Zitate aus externen Quellen, zu deren vollständiger Angabe bin ich auf Wunsch selbstverständlich bereit

## STELLUNGNAHME

zum Vorbericht „Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“

### 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 Fehlansätze 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 QUALITÄTSINDIKATOREN

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
----	---	--------------------

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 Entscheidungsfreiheit verbleibt aber, wenn der Referenzbereich bei  $\geq 90\%$  festgelegt wird? Bei kleinen Praxen, die weniger als 20 Richtlinien Therapien 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).

## 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 Reflexion des Therapieverlaufs“ um dem partizipatorischen Grundgedanken der Psychotherapie gerecht zu werden. Für eine KZT ist dieser Qualitätsindikator zu streichen.**

Die (gemeinsame) Reflexion 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 abzurechnen. 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 beeinträchtigen.

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\*innen 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 Patient\*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 Patient\*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

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\*innen, 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 Patient\*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 unverstänlich.

### 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 Netzwerke geschaffen und sind mit dieser Einbindung ausreichend „versorgt“.

Nach den derzeitigen Regelwerken ist Rezidivprophylaxe 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 zuständige*

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 Reflexion 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



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 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.

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



30.4.2021

### **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.

## 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 verfahrensspezifische Diagnostik durchgeführt?* (S. 18)

Vorbericht: *„Die aufgeführten Dimensionen der Diagnostik werden vom Expertengremium als Minimalkonsens verstanden, auf dessen Grundlage die Leistungserbringer die Diagnostik ... verfahrensspezifisch 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 verfahrensspezifisch: Alle Informationen, die die Psychotherapeutin aufnimmt, erhalten ihre Bedeutung nur auf dem Hintergrund des verfahrensspezifischen Theorie-modells 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 verfahrensspezifischen diagnostischen Vorgehens erhoben, und verfahrensspezifisch weiter verarbeitet zu einer Fallkonzeption.

## **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 nicht 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](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).

## 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.

## 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 gemeinsam mit der Patientin: 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 entsprechen 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 gemeinsam mit der Patientin. (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.

**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 zu nichte 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.



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 wichtig 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).

### **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.

## **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

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 al. 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.

### 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 durchführen muss, 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 bezogenen 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-

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.

#### **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: Vergütungsabschlüsse 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 Krankenhausstag 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 „*erstmal 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, interessen geleitete Interpretationsmöglichkeiten der erhobenen Daten.



- 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?

### 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, Intervention) 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 Qualitätsprobleme 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://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?

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.

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 psycho-  
therapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter**

[Redacted]

**des IQTIG**

[Redacted]

[Redacted]

Dipl.-Psych., Psychologischer 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](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 Krankenkversicherter. Ziel des einrichtungsübergreifenden zunächst sektorspezifischen QS-Verfahrens ist die Messung und vergleichende Darstellung der Qualität der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter.

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 Psychotherapeutenchaft 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.

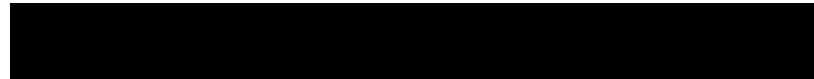
Damit zeigt sich die erste Grundproblematik einer QS in der Psychotherapie: Qualitätsbildende Prozesse in der Psychotherapie stellen keinen linearen Prozess dar, der sich durch eindeutig definierbare Verhältnisse und Abhängigkeiten beschreiben lässt. Qualitätsbildende Prozesse sind fast ausschließlich 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“<sup>1</sup> widerspiegeln. Lambert postulierte dazu schon 1992<sup>2</sup> bestimmte Faktoren. Im Expertengremium wurden die Wirkfaktoren nach Grawe diskutiert: (In der Reihenfolge ihrer Bedeutung) Therapeutische Beziehung; Ressourcenaktivierung; Problemaktualisierung; Motivationale Klärung; Problembewältigung. **Ein Instrument, das 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.**

 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.

### **Entwicklung einer QS für den Bereich der ambulanten Psychotherapie:**

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

---

<sup>1</sup> 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](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30100-1)>

<sup>2</sup> 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<sup>3</sup>, 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 geforderten 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 Augenschweerei, 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 Gesetzauftrag zu erfüllen. Vielleicht liegt deshalb auch schon dem Gesetzauftrag 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 Reliabilen 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.

---

<sup>3</sup> Z. B. S. Sachs & E. Rühl: *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 Standardvorgaben 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 schmerzhaft 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 wollte, 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<sup>4</sup>: 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 Wittmann 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)<sup>5</sup>. Z. T. werden die Feedbacks über Ergebnisse standardisierter Messungen generiert (Lambert et al 2018)<sup>6</sup>.

*Bei Lambert et al (2018) handelt es sich um Studien, die im stationären und teilstationären Bereich sowie in Beratungszentren von Universitäten durchgeführt wurden. Daraus ist eine Repräsentativität für den ambulanten Bereich der Richtlinienpsychotherapie nicht automatisch oder zwingend ableitbar. Die einzige*

<sup>4</sup> 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

<sup>5</sup> 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)

<sup>6</sup> 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 Zitierten 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.

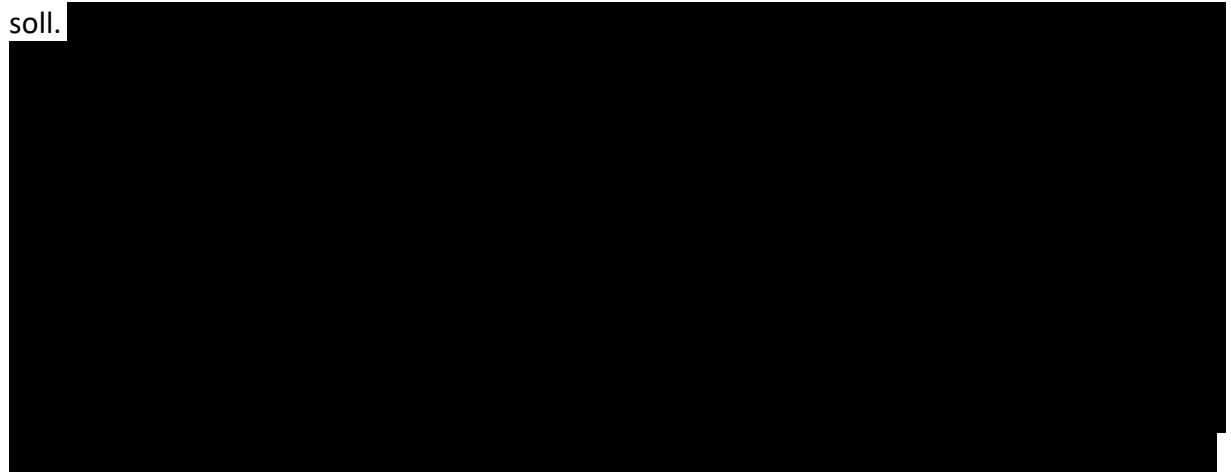
### **Rafting des Expertengremiums zum Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter**

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.



*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 text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

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  $\geq 95\%$  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.



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**

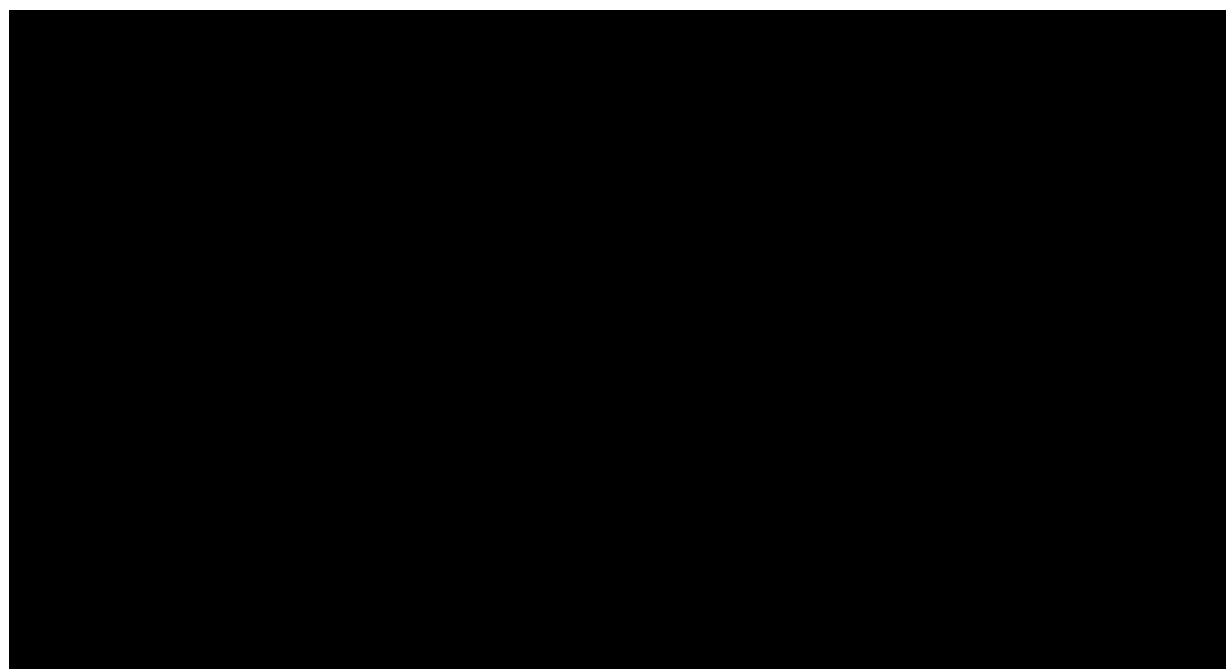
Dass 2016 16% der Patienten mit standardisierten Testverfahren getestet wurden, ist vom IQTIG wohl als Qualitätsmangel gesehen worden, der zu schlechten Behandlungen führe. Aber diese Zahlen können nicht beweisen, dass darin tatsächlich ein wesentlicher Mangel bestehe. Wenn das ein wesentlicher Mangel 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 allein 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.

Witmann 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** (Witmann 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 text block]

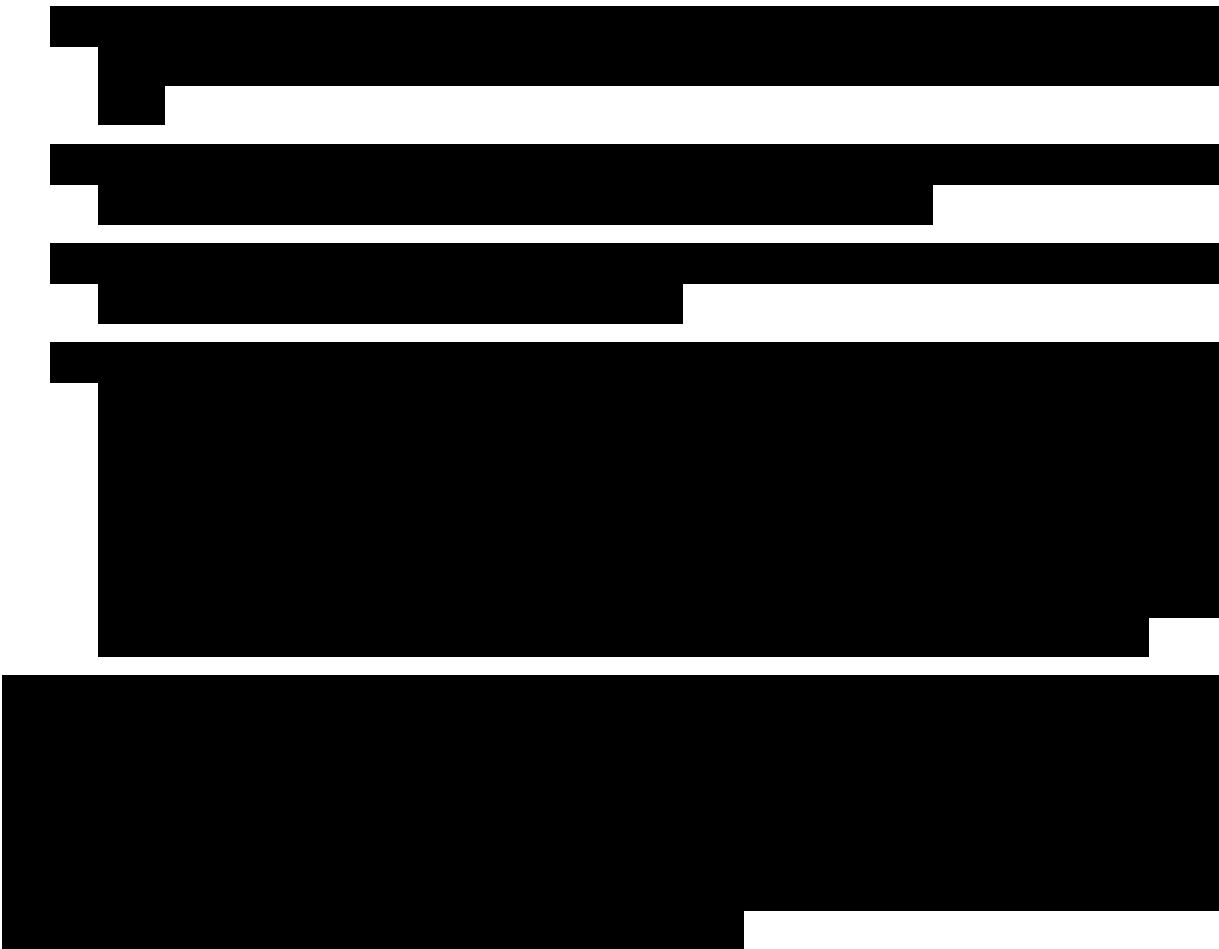
[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]



*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 widerspiegeln, 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**

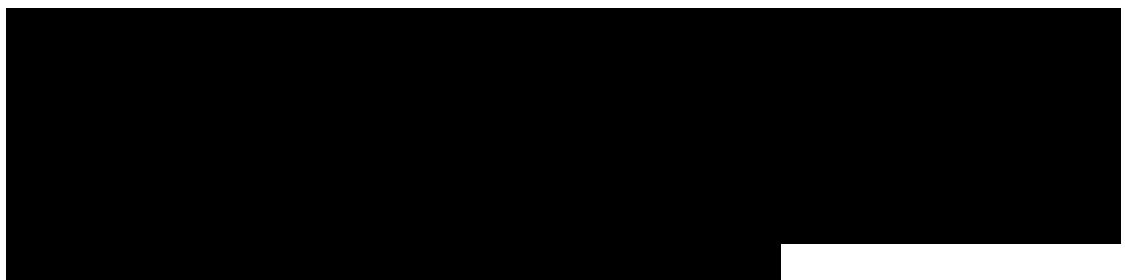


## **durchdachte und den realen Qualitätsaspekten einer Psychotherapeutischen Behandlung entsprechende QS zu entwickeln.**

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. Diagnostik:**

**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)**





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]

[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 mal die gleiche 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 Medikation 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

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 Indikationsspielraum 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.



*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.*  
nein Ja /

*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. Therapiezielvereinbarung:**

### **2.1: Dokumentation (und Besprechung) von Therapiezielen im Behandlungsprozess. (Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen).**

[REDACTED]

[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. Besprechung des Therapiefortschritts:**

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 festgelegt werden kann.

#### **3.1: Dokumentation der Reflexion an Hand des Therapieverlaufs (Reflexion des Therapieverlaufs):**

*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 besseren 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.



*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):**

*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.

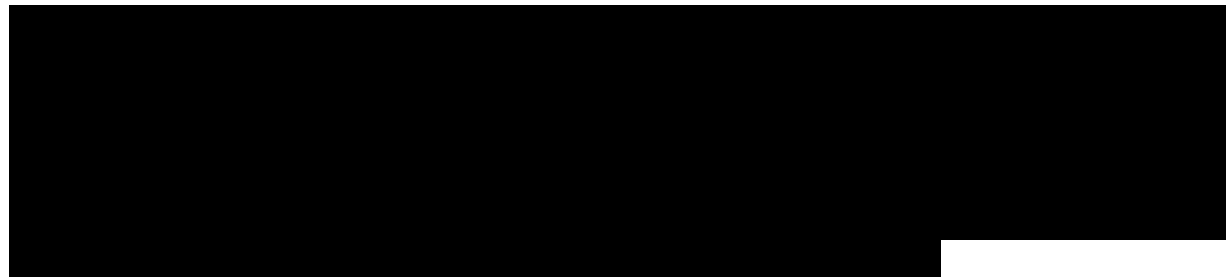
Auch muss hier klar gestellt werden, dass es schon jetzt für alle relevanten Bereiche der ambulanten Psychotherapie im KV-Bereich klare Operationalisierungen und Abläufe gibt, die zwingend eine Kontaktaufnahme voraussetzen, ohne die Richtlinienpsychotherapie oder aus der Richtlinienpsychotherapie erfolgende 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.



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 sollte, sind die dafür vorgesehenen Items äußerst problematisch, da in ihrer Aussage damit inhaltsleer. 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:

### 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):

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

Der Vorgang der Reflexion erscheint nur noch in der Überschrift.

*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.)*

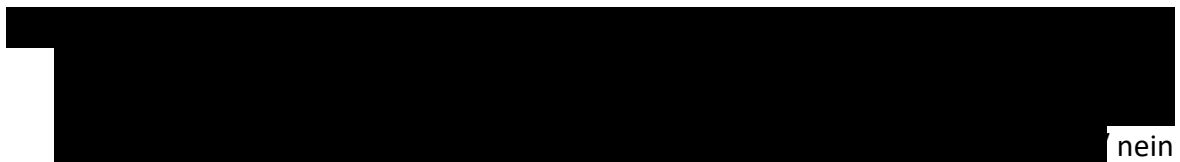
In jedem Falle ist der Vorgang der „Reflexion“ in den Wortlaut der Items anstelle des Wortlauts „Überprüfung“ aufzunehmen, da nur so ein Bezug zu in der Psychotherapie relevanten Vorgängen hergestellt werden kann. Eine gemeinsame Reflexion ist ein inhaltlich anderer

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.



*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.



nein

*Sachgerechter erscheint mir folgende Formulierung:*

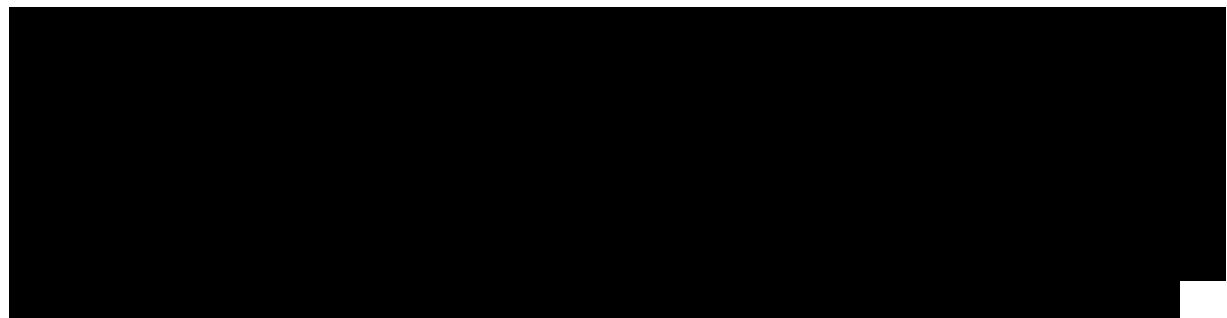
- **DF FA)** *Es sollte erfasst werden, ob der Prozess der gemeinsamen Reflexion mit dem Patienten stattfindet bzw. nach Therapieende bestätigt werden kann, dass dieser Prozess der Reflexion der Behandlung stattgefunden hat und dokumentiert wurde.*

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



*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 berücksichtigt 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 seinen 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 folgendermaßen 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:

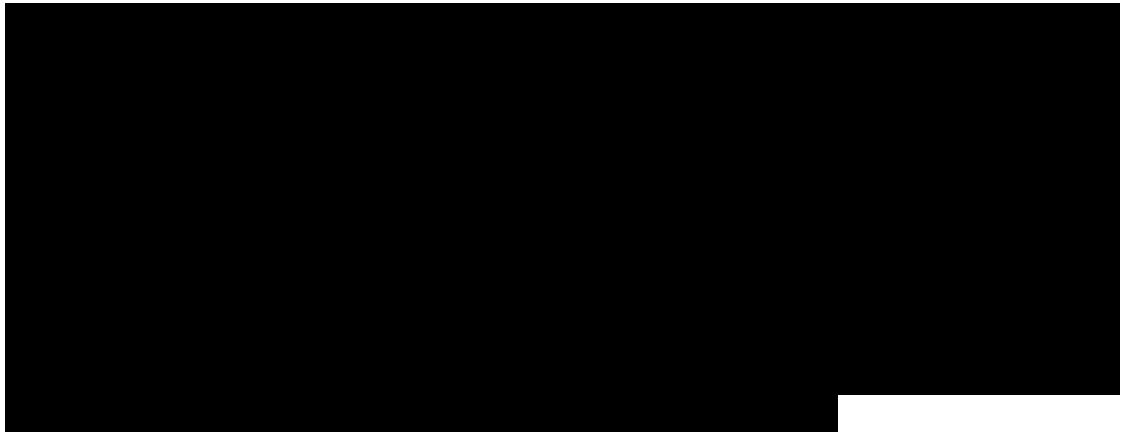
- **DF GC)** Wurde in der Abschlussphase der Therapie die Erforderlichkeit einer Weiterbehandlung oder anderen weiteren Maßnahmen reflektiert und festgestellt. Ja / nein
- **DF GD)** Es wurde nach der Rezidivprophylaxe die Erforderlichkeit von weiteren Behandlungen oder Maßnahmen reflektiert und festgestellt. 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:**



### **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.

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



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 Gebührensatz 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.

#### Referenzbereiche und Rechenregeln:

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 Wunschenken 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 sich 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 Intervention, 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 verharren 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 hinarbeiten 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.

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 Rationale 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, das 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 entspricht 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.

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<sup>7</sup>, 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

---

<sup>7</sup> 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](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30100-1)>

Rahmen für eine QS zu bilden, die dem gesetzlich primär geforderten Ziel von Erfassung, Vergleich und Verbesserung von Qualität nachkommen kann.

Der hier ausgearbeitete Änderungsvorschlag 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 Krankensversicherter“**

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.

## **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 Vertreter\*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

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.

### **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.

## **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.

## 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

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.