



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# **Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter**

Stellungnahmen zum Zwischenbericht

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 31. Januar 2022

---

# Impressum

**Thema:**

Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter. Stellungnahmen zum Zwischenbericht

**Ansprechpartner:**

Dr. André Dingelstedt

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

17. Mai 2018

**Datum der Abgabe:**

31. Januar 2022

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

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

[patientenbefragung@iqtig.org](mailto:patientenbefragung@iqtig.org)  
<https://www.iqtig.org>

## Inhaltsverzeichnis

Bundesärztekammer (BÄK)

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DÄVT)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und  
Psychotherapie e. V. (DGKJP)

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 Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V.  
(DGPM)

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Maßgebliche Organisationen nach § 140f SGB V (PatV)



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

zum Zwischenbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ (abgekürzt mit „QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie“)

Berlin, 14.04.2020

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit E-Mail vom 02.03.2020 als zu beteiligende Organisation gemäß § 137a Abs. 7 SGB V vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu einer Stellungnahme zum Zwischenbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ aufgefordert.

## Hintergrund

Das IQTIG wurde am 17.05.2018 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten eines einrichtungsübergreifenden, sektorspezifischen Qualitätssicherungsverfahrens inklusive Patientenbefragung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (abgekürzt mit „QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie“) beauftragt. Als Vorarbeit für die Entwicklung war dabei die Konzeptskizze des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA-Institut) zugrunde zu legen.

Das QS-Verfahren soll gesetzlich versicherte erwachsene Patientinnen und Patienten umfassen, die im Rahmen der Psychotherapierichtlinie von ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Kurz- oder Langzeittherapie behandelt werden. Das Verfahren soll unabhängig von der jeweiligen Diagnose und dem jeweils angewandten psychotherapeutischen Verfahren zur Anwendung kommen.

Das IQTIG hat als ersten Schritt ein Qualitätsmodell entwickelt und dem G-BA mit einem (unveröffentlichten) Zwischenbericht vom 28.02.2019 übermittelt. Auf Basis dieses Qualitätsmodells sollen zum einen auftragsgemäß Qualitätsindikatoren für ein fallbezogenes Instrument mittels QS-Dokumentation der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und/oder Sozialdaten bei den Krankenkassen und zum anderen Qualitätsindikatoren zur Abbildung der Patientenperspektive über eine Patientenbefragung entwickelt werden. Gegenstand des vorliegenden Zwischenberichts ist der Stand der Entwicklung der Patientenbefragung.

## Bewertung

### **Kapitel 3 Das Qualitätsmodell des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie**

Im Kapitel 3 wird das Qualitätsmodell vorgestellt. Es umfasst 12 sogenannte Qualitätsaspekte. 11 Qualitätsaspekte sollen ganz (6 Aspekte) oder teilweise (5 Aspekte) über die Datenquelle Patientenbefragung abgedeckt werden. In einer Zuordnung zu den Qualitätsdimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts werden 6 der 11 Qualitätsaspekte, bei denen es im weitesten Sinne um die Information der Patienten und Patientinnen geht, der Dimension „Patientensicherheit“ zugeordnet.

#### *Anmerkung:*

*Diese Zuordnung entspricht dem zuletzt vom IQTIG in anderen Berichten praktizierten inflationären Gebrauch des Begriffs „Patientensicherheit“. Warum die „Information zu den Rahmenbedingungen“ (der ambulanten Psychotherapie) die Patientensicherheit tangieren soll, ist zum Beispiel schwer nachvollziehbar; geht es hier doch um Inhalte wie Antragsstellung, Organisation der Sitzungen und Kosten der Therapie.*

### **Kapitel 4 Allgemeine Entwicklungsschritte und Befragungsansätze in der Patientenbefragung des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie**

Kapitel 4 erläutert zentrale Prinzipien der Patientenbefragung mit Schwerpunkt auf den faktenorientierten Befragungsansätzen.

## Kapitel 5 Methodische Herausforderungen

Im Kapitel 5 werden methodische Probleme der Befragung diskutiert, wie z. B. die geringe Fallzahl je Leistungserbringer oder der Erinnerungs- und Befragungszeitraum. Besonderen Raum nimmt die Erfassung der Ergebnisqualität ein. Hier ist neben der eindeutigen Zuschreibbarkeit eines Behandlungsergebnisses zu einer Therapeutin/einem Therapeuten die Auflage des G-BA-Auftrags herausfordernd, dass im zukünftigen QS-Verfahren die Beurteilung der Ergebnisqualität unabhängig von der jeweiligen Diagnose der Patientinnen und Patienten und dem von der Therapeutin/dem Therapeuten gewählten Therapieverfahren sein soll. Es werden tabellarisch Studien aufgeführt (und im Anhang näher beschrieben), in denen nach ambulanter Psychotherapie verschiedene Behandlungsergebnisse als Zielparame-ter untersucht wurden. Es wird resümiert, dass „Ergebnisse der orientierenden Recherche zeigen, dass sich die beauftragungsspezifischen Anforderungen für die Erfassung der Ergebnisqualität im Sinne von verallgemeinerbaren Outcomes bei der Entwicklung der Patientenbefragung grundsätzlich umsetzen lassen“.

*Anmerkung:*

*Diese Feststellung erscheint zu knapp. Es sollte anhand der analysierten Literatur näher diskutiert werden, wann und welche Ergebnisparameter diagnose- und therapieverfahrensübergreifend verwendet werden können. Es sollte auch dargelegt werden, ob genau diese Fragestellung in Studien beleuchtet wurde.*

Im Weiteren wird die Bedeutung einer angemessenen Risikoadjustierung der patientenseitigen Faktoren herausgehoben.

*Anmerkung:*

*Die einzige zitierte Literatur (Becker et al. 2016) bezieht sich auf Qualitätsindikatoren im Krankenhaus allgemein und kann kaum als Beleg für die spezielle Situation in der ambulanten Psychotherapie herangezogen werden. Es könnte an dieser Stelle angegeben werden, ob in der obig zitierten Literatur zum Outcome in der ambulanten Psychotherapie in irgendeiner Form eine Risikoadjustierung durchgeführt wurde. Im Übrigen wird auf Seite 52 bezüglich einer noch durchzuführenden Literaturrecherche auf Kapitel 11 verwiesen. Dort wird diese jedoch nicht erwähnt.*

Es erfolgen methodische Ausführungen zum Vergleich der indirekten Veränderungs- messung der Ergebnisqualität zu mindestens zwei Zeitpunkten (in diesem Fall vor und nach der Psychotherapie), der quasi indirekten und der direkten Veränderungsmessung (jeweils retrospektiv). Die Vorteile der indirekten Messung werden aufgeführt. Man kommt im Weiteren aber zum Schluss, dass die quasi indirekte Messung am zielführendsten sei.

*Anmerkung:*

*Dass die quasi indirekte Veränderungsmessung für das IQTIG am praktikabelsten ist, ist gut nachvollziehbar. Die hier geführte Argumentation entspricht großenteils wortgleich anderen Abschlussberichten des IQTIG zu Patientenbefragungen.*

*Leider wurde nicht berichtet, welche Methodik in der zitierten Literatur zur Patientenbefragung zur Anwendung kam. Es kann nicht ungeprüft davon ausgegangen werden, dass die Situation bei somatischen Erkrankungen, wo es in der Befragungssituation um die Erinnerung an körperliche Symptome (z. B. vor und nach einem Eingriff) geht und bei psychischen Erkrankungen identisch ist. Die Auslösung einer präinterventionellen Messung im geplanten QS-Verfahren könnte – wie auch eingeräumt wird – im Zuge der psychotherapeutischen Sprechstunde erfolgen. Dass später auch Versicherte, die nach der psychotherapeutischen Sprechstunde „keine Richtlinienpsychotherapie erhalten haben bzw. den Leistungserbringer wechseln“ einen*

*Fragebogen erhalten könnten, spräche nicht grundsätzlich gegen die Methode. Für diese Fälle könnte der Fragebogen eine entsprechende einleitende Exit-Frage enthalten, d. h. er müsste dann im Weiteren nicht ausgefüllt werden.*

## **Kapitel 6 Die Ableitung von Qualitätsmerkmalen der Patientenbefragung**

Die Quellen werden beschrieben, aus denen zu den Qualitätsaspekten Qualitätsmerkmale als Vorstufen der Qualitätsindikatoren bzw. der Fragebogen-Items formuliert werden sollen. Dies ist zum einen eine Literaturrecherche zu Leitlinienstandards, zur Patientenperspektive und zur Versorgungssituation in der ambulanten Psychotherapie.

*Anmerkung:*

*Auf Seite 57 heißt es: „In Bezug auf die adressierte Population wurden alle Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Störung, die nicht organischen Ursprungs ist, adressiert.“ Dazu steht im Widerspruch die Einbeziehung der ICD F06.- bis F09, die zu den organischen psychischen Störungen zählen.*

Zum anderen werden Fokusgruppen aus Patientinnen und Patienten sowie aus ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befragt. Anschließend werden die gefundenen Qualitätsmerkmale von einem Expertengremium bewertet.

## **Kapitel 7 Zielgruppenbestimmung**

Die Zielgruppen der Patientenbefragung, die einbezogenen Leistungserbringer sowie die verwendeten Datenquellen zur Analyse der Zielgruppen werden kurz dargestellt. Nach Rücksprache mit dem Auftraggeber G-BA soll sich das QS-Verfahren auf Einzeltherapien beschränken.

*Anmerkung:*

*Seite 68: Die Facharztgruppe 60 heißt korrekt: Fachärztinnen und Fachärzte der Psychosomatischen Medizin Therapie und Psychotherapie (siehe auch Tabelle 10).*

## **Kapitel 8 Beschreibung der Patientinnen und Patienten und ambulanten Leistungserbringer des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie**

Das Kapitel gibt auf Basis von Daten der KBV bzw. einer Krankenkasse einen Überblick über die ambulante Psychotherapie gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten in Deutschland im Jahr 2018. Dies inkludiert demografische Angaben über die Patientinnen und Patienten, die Verteilung der Therapieverfahren und der beteiligten Arztgruppen. Auffällig ist, dass über ein Drittel der Patientinnen und Patienten sowohl in Kontakt mit ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als auch mit einer (weiteren) Fachärztin oder einem (weiteren) Facharzt der Fach(arzt)gruppen 51, 58, 60 und 61 stehen. Dieser Umstand kann für die Zuschreibung der Behandlungsergebnisse bedeutend sein. Weiterhin ist der hohe Anteil der psychotherapeutischen Praxen bedeutend, der eine relativ geringe Anzahl von Patientinnen und Patienten pro Jahr betreut. So betreuen 41,75 % der Praxen maximal 30 Patientinnen und Patienten im Jahr.

## **Kapitel 9 Ableitung der Qualitätsmerkmale**

Die Ergebnisse der Literaturrecherche werden wiedergegeben. So werden aus insgesamt 32 Leitlinien die Empfehlungen – unterteilt nach den Qualitätsaspekten – aufgelistet.

*Anmerkung:*

*Aus den Leitlinienempfehlungen wird auch das Angebot einer Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie thematisiert. Bei manchen Diagnosen bzw. Schweregraden der Erkrankung ist hier die Evidenz klarer (z. B. Depression/Manie/Schizophrenie) als bei anderen (z. B. Angst- und Zwangsstörungen). Die Aufnahme von Informationen über die Indikation und Kontraindikation sowie die Wirksamkeit einer kombinierten Therapie sind für Patientinnen und Patienten ein wichtiger Aspekt. Er findet in der weiteren Entwicklung keine Berücksichtigung, ließe sich aber gut unter dem Qualitätsaspekt 1 (Information und Aufklärung zu Therapieverfahren und Behandlungsoptionen) einordnen.*

Aus der Literaturrecherche zur Patientenperspektive wurden von 7.750 Fundstellen schlussendlich nur 15 Studien ausgewählt. Auch die zentralen Erkenntnisse dieser Studien werden nach den Qualitätsaspekten sortiert.

*Anmerkung:*

*Die sehr niedrige Zahl der letztendlich einbezogenen Studien zur Patientenperspektive überrascht. Einige der einbezogenen Studien beziehen sich zum Teil auf sehr spezifische Themen, wie z. B. Verhaltenstherapie bei Essstörungen.*

*In Tabelle 11 sind die Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung thematisiert. Nicht adressiert wird der für Psychotherapie zentrale Aspekt der therapeutischen Beziehung (therapeutic alliance, siehe z. B. Meta-Analyse <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29792475>). Der Qualitätsaspekt könnte z. B. lauten: „Etablierung einer guten therapeutischen Beziehung (im Sinne der Entwicklung einer emotionalen Bindung)“, definiert durch die Einschätzung der Patientin/des Patienten, (a), dass Patient und Therapeut gemeinsam an einem Problem arbeiten und (b), dass die Therapeutin/der Therapeut hilfreich und unterstützend ist.*

Es wird dargestellt, wie im Jahre 2018 und 2019 Fokusgruppen für Patientinnen und Patienten bzw. für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchgeführt wurden. Die Diskussion in diesen Gruppen wird – aufgegliedert nach Qualitätsaspekten – wiedergegeben.

Die Fokusgruppenteilnehmer äußern sich über die Versorgungssituation in der ambulanten Psychotherapie aus ihrer jeweiligen Sicht. Wie schon in früheren Entwicklungsberichten des IQTIG wird das Stilmittel ausgewählter Originalzitationen der Akteure aus den Transkriptionen der Gespräche gewählt. Dies gibt einen lebhaften Eindruck vom Ablauf der Sitzungen wieder. Die ausgewählten Zitate geben Hinweise darauf, in welchen Bereichen in der Versorgung mögliche Defizite bestehen.

Zu beachten ist, dass die beteiligten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei mehreren Qualitätsaspekten darauf hinweisen, dass je nach durchgeführtem Therapieverfahren Unterschiede zu berücksichtigen sind.

Unter der Überschrift „Weitere Themen“ werden in den Fokusgruppen benannte Problemfelder, die sich nicht den Qualitätsaspekten des Qualitätsmodells zuordnen lassen, dargestellt. Insbesondere Probleme des Zugangs zum System werden thematisiert, z. B. Probleme bei der Antragsstellung oder Wartezeiten für Patientinnen und Patienten.

Als Ergebnis der Fokusgruppen werden 40 Qualitätsmerkmale verteilt auf 10 der 11 Qualitätsaspekte formuliert, wobei für den Qualitätsaspekt „Kooperation“ kein Qualitätsmerkmal zur Verfügung steht.

Dieses Set von Merkmalen wurde einem Expertengremium vorgelegt. Eine ausführliche tabellarische Übersicht der Qualitätsmerkmale gibt stichpunktartig die Experteneinschätzung wieder und die Entscheidung des Instituts, ob Qualitätsmerkmale unverändert



weitergeführt, modifiziert oder gestrichen werden sollen. Die jeweiligen Anmerkungen zu den Qualitätsmerkmalen der Experten sind zusätzlich in Anhang D aufgeführt. Es verbleiben 10 Qualitätsaspekte mit 30 Qualitätsmerkmalen.

*Anmerkung:*

*An einigen Stellen ergeben sich Differenzen zwischen Tabelle 28 und Anhang D:*

- *Qualitätsmerkmal 1.2: Information zur Wirksamkeit der Psychotherapie:  
Dieses Qualitätsmerkmal soll weitergeführt werden, obwohl das Expertengremium anmerkt: „Weiterhin könne das Qualitätsmerkmal **nicht unabhängig von der Diagnose sowie dem Therapieverfahren** betrachtet werden“ (Anhang D Seite 1).*
- *Qualitätsmerkmal 1.3: Information zum Wirkeintritt der Psychotherapie:  
Dieses Qualitätsmerkmal soll weitergeführt werden, obwohl das Expertengremium anmerkt: „(...), dass sich das Qualitätsmerkmal **nicht zur Qualitätsverbesserung eigne.**“ Zudem sei nach Meinung der Expertinnen und Experten bei diesem Qualitätsmerkmal **„die Diagnose- und Therapieverfahrensunabhängigkeit nicht gegeben“** (Anhang D Seite 1).*
- *Qualitätsmerkmal 5.1: Respektvoller und wertschätzender Umgang mit der Patientin/dem Patienten und Qualitätsmerkmal 5.2: Unvoreingenommener Umgang mit der Patientin/dem Patienten:  
Hier wird im Expertengremium „vereinzelt“ darauf hingewiesen, dass sich diese Qualitätsmerkmale inhaltlich überschneiden. (Anhang D Seite 5). Tatsächlich ist zu hinterfragen, wie ein respektvoller und wertschätzender Umgang und ein Umgang ohne Unvoreingenommenheit voneinander abgegrenzt werden sollen.*
- *Qualitätsmerkmal 11.1: Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für den selbstständigen Umgang mit der Erkrankung:  
Hier wird von den Experten darauf hingewiesen, „dass die **Erfassbarkeit je nach Therapieverfahren unterschiedlich** sein könne. Zudem sei die Zuschreibbarkeit und Beeinflussbarkeit problematisch“ (Anhang D Seite 10).*

*Zum Teil sind die im Anhang D protokollierten Anmerkungen der Experten nur selektiv in Tabelle 28 im Zwischenbericht übernommen worden zu sein. Letztlich könnte man Tabelle 28 und Anhang D auch zu einer Tabelle zusammenführen, um diese Widersprüchlichkeiten bzw. Selektionseffekte zu vermeiden.*

*Es sei aber betont, dass bis auf diese genannten Unstimmigkeiten die Entscheidungen des Instituts zur Beibehaltung, Modifikation oder Löschung von Qualitätsmerkmalen weitestgehend gut nachvollziehbar sind.*

## **Kapitel 10 Herausforderung zur Umsetzbarkeit der Patientenbefragung**

Das Kapitel beinhaltet Überlegungen zur technisch-organisatorischen Durchführung der Patientenbefragung im Echtbetrieb. Es wird auf den niedrigen Digitalisierungsgrad der Dokumentation in Psychotherapiepraxen in Deutschland hingewiesen. Deshalb ist offen, wie die Einbeziehung einer Patientin oder eines Patienten in die Befragung ausgelöst werden kann. D. h., es ist noch zu klären, wie Beginn und Ende der ambulanten Psychotherapie digital so erfasst werden können, dass zum richtigen Zeitpunkt die notwendigen patientenidentifizierenden Daten von der ambulanten Praxis über die Datenannahmestelle an die Versendestelle übermittelt werden können.

Der geplante Datenfluss wird im Weiteren kurz skizziert.

## **Kapitel 11    Nächste Entwicklungsschritte**

Es werden weitere Schritte wie die Itementwicklung, der kognitive Pretest und der Standard-Pretest sowie die Entwicklung der Qualitätsindikatoren und deren Auswertung skizziert.

*Anmerkung:*

*Die Aussage „Im Zuge der weiteren Entwicklungsschritte ist noch zu klären, ob mehrere Fragebogenversionen zu entwickeln sind, damit die verschiedenen Zielpopulationen adäquat berücksichtigt werden können“ erstaunt an dieser Stelle des Zwischenberichts. Zum einen ist unklar, was mit „Zielpopulationen“ gemeint ist, z. B. Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen psychischen Krankheitsbildern. Die Berücksichtigung verschiedener Zielpopulationen sollte eigentlich an früherer Stelle in der Entwicklung des Qualitätsmodells erfolgen.*

## **Fazit**

Das Qualitätsmodell für das QS-Verfahren wurde nur für ambulante psychotherapeutische Leistungen und Richtlinientherapien für Erwachsene gemäß Psychotherapie-Richtlinie konzipiert. Sie umfasst lediglich Einzeltherapien. Gruppentherapien und Kombinationsbehandlungen finden keine Berücksichtigung, ebenso nicht das gerade neu in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommene Verfahren der Systemischen Therapie. Zusätzlich wird noch eine weitere Einschränkung der Zielgruppe der erwachsenen Patienten vorgenommen, indem nur Erwachsene ab 18 Jahren, die von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Qualifikation für die Behandlung von Erwachsenen behandelt werden, berücksichtigt werden sollen. Somit lässt sich resümieren, dass das geplante QS-Verfahren nur einen Teil des Leistungsgeschehens in der ambulanten Psychotherapie abbildet.

Grundsätzlich begrüßt die Bundesärztekammer das Bemühen, die Qualitätssicherung im Bereich der ambulanten Psychotherapie weiterzuentwickeln und hierzu adäquate Instrumente zu entwickeln. So ist zu hoffen, dass alleine die Tatsache der Teilnahme an einem QS-Verfahren die Qualität der Behandlung verbessern dürfte.

Die vom IQTIG angewandte Methodik zur Ermittlung von Qualitätsmerkmalen zur Entwicklung des Patientenfragebogens erscheint grundsätzlich adäquat, sorgfältig und strukturiert durchgeführt und nachvollziehbar beschrieben. Allerdings handelt es sich bei dem Zwischenbericht naturgemäß nur um Vorüberlegungen zur Entwicklung des Instrumentes. Weder das zu entwickelnde Befragungsinstrument noch der Beobachtungszeitraum, das Umsetzungs- und Auswertungskonzept oder das Instrument zur Erhebung von Daten beim Leistungserbringer werden vorgestellt.

### **Zu den Qualitätsmerkmalen:**

Insgesamt werden in dem Zwischenbericht 30 Qualitätsmerkmale für 10 Qualitätsaspekte dargestellt. Diese erscheinen zum Teil etwas redundant und zu detailliert für eine kompakte Erfassung der Qualität, zum Teil werden wesentliche Inhalte aber nicht aufgeführt.

So werden bei der Auswahl der Qualitätsmerkmale für das Qualitätskriterium 5 „Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung“ als Merkmale der respektvolle und wertschätzende, unvoreingenommene und aufmerksame Umgang mit der Patientin/dem Patienten, die Zeit im Gespräch, die ruhige, ungestörte und vertrauliche Atmosphäre während der Therapie sowie die Erläuterung von Fachausdrücken in einer patientenverständlichen Sprache“ gewählt.

Ein zentraler Bestandteil der Qualität der Psychotherapie ist die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung. Im Text wird die Helping Alliance Scale (Nübling 2017) zwar erwähnt, aber die hilfreiche Beziehung nur indirekt erfragt. Die Psychotherapieforschung definiert diese durch die Einschätzung der Patientin/des Patienten, (a), dass Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut gemeinsam an einem Problem arbeiten und (b), dass die Therapeutin/der Therapeut hilfreich und unterstützend ist. Diese Einschätzung der Patientin/des Patienten spiegelt die Qualität der therapeutischen Beziehung wider und hat einen prädiktiven Wert für das Therapieergebnis. Dieses Qualitätsmerkmal hätte nicht nur einen formalen (wie einige der aufgeführten Qualitätsmerkmale) sondern auch einen inhaltlichen Bezug zur Qualität der durchgeführten Psychotherapie.

Die Anzahl der Qualitätsmerkmale ist insgesamt sehr hoch, sodass sich die Frage nach der Praktikabilität stellt. Nicht berichtet wird im Zwischenbericht, wie diese Qualitätsmerkmale in konkrete Items eines Fragebogens einmünden und wie auf der Grundlage dieser Items Qualitätsindikatoren entwickelt werden. Eine Datenreduktion erscheint dabei dringend notwendig, um das Verfahren praktikabel zu halten. Dabei müssen Gewichtungen

vorgenommen werden, da einzelne Merkmale (z. B. Therapieziel vereinbart) sicherlich mit einem Item erfasst werden können, andere Merkmale wie z. B. die Outcome-Messung anhand validierter Instrumente erfolgen müssen. Diese weiteren Schritte der Datenreduktion und der Auswahl der Qualitätsmerkmale bzw. der Operationalisierung in Form der Items sind zentral für die Validität und Qualität des finalen Fragebogeninstrumentes.

### **Methodische Probleme:**

Es werden im Zwischenbericht eine ganze Reihe methodischer Probleme angesprochen, für die aktuell jedoch keine Lösungsvorschläge gemacht werden können. Die methodischen Probleme sind aber schwerwiegend und bedürfen einer Lösung, bevor der Fragebogen in die Anwendung gehen kann.

- **Fallzahlen und Risikoadjustierung:**  
Der Bericht geht nur kurz ein auf die häufig geringe Fallzahl der Patientinnen und Patienten als methodisches Problem für die statistische Auswertung der Ergebnisse. Dieses Problem wirkt umso schwerer, da die Ergebnisse der Befragung auf die individuelle Therapeutin bzw. den individuellen Therapeuten bezogen werden. Um die Qualität der Therapeutinnen und Therapeuten einzuschätzen, müssen auch bei niedrigen Fallzahlen Referenzbereiche definiert werden, bei deren Unterschreitung Qualitätssicherungsmaßnahmen in die Wege geleitet werden. Bei der Heterogenität der Patientinnen und Patienten einerseits und der zu behandelnden psychischen Störungen andererseits muss jedoch zur Abschätzung der Qualität eine Adjustierung nach Patientenmerkmalen erfolgen. So unterscheiden sich Patientinnen und Patienten erheblich in ihrer Konzentrationsfähigkeit und ihrem Erinnerungsvermögen, aber auch in ihrer Fähigkeit, wertschätzendes Verhalten wahrzunehmen bzw. Therapieziele zu definieren. Bei bestimmten Patientengruppen (z. B. PTBS, Angststörungen) ist die Symptombesserung deutlich schneller zu erreichen als bei anderen (z. B. chronifizierte Depression, komplexe PTBS mit Persönlichkeitsstörungen). Angesichts der kleinen Fallzahlen mitteln sich diese Effekte über unterschiedliche Patientengruppen bei einzelnen Therapeutinnen/Therapeuten nicht aus. Hinzu kommt, dass einige Therapeutinnen/Therapeuten sich im Schwerpunkt bestimmten schwer zu behandelnden Patientengruppen wie z. B. Patientinnen oder Patienten mit Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen oder komplexen Traumafolgestörungen widmen. Daher ist es notwendig, wie im Zwischenbericht ja auch ausgeführt, ein empirisch valides Konzept der Risikoadjustierung vorzulegen. Die Schwere der zu bewältigenden Aufgabe wird unter anderem daran deutlich, dass es bis heute im Bereich der Psychotherapieforschung angesichts der Komplexität des Geschehens nicht gelungen ist, für den Psychotherapieerfolg ein überzeugendes störungsübergreifendes Modell der Risikoadjustierung zu entwickeln. Eine Adjustierung hat allerdings nicht nur zur Messung des Outcomes zu erfolgen. Auch bei den anderen Qualitätsmerkmalen, die ein Erinnern der Situation erforderlich machen, spielen die beeinflussenden Patientenfaktoren eine große Rolle.
- **Veränderungsmessung:**  
Um eine valide Aussage über Therapieverläufe und Outcome machen zu können, ist es notwendig, mindestens an zwei Zeitpunkten eine Messung (vor und nach der Psychotherapie) durchzuführen. Die Instrumente müssen ausreichend präzise das Kriterium messen, wobei die Merkmale für den Outcome durchaus gut gewählt sind. Dabei ist einer präzisen validen Messung der Vorrang zu geben vor der Abbildung einer Vielzahl von formalen Qualitätsmerkmalen. Nur so lassen sich die Variablen der Risikoadjustierung ermitteln und eine valide Aussage über Veränderungsprozesse machen.

- **Messzeitpunkte:**  
Auch die Messzeitpunkte spielen eine gewichtige Rolle. Diese müssen angepasst werden an die Länge der jeweiligen Therapie, die unter anderem von den Therapiezielen und therapeutischen Strategien bestimmt wird.
- **Weitere Einflussfaktoren:**  
Bei der Beurteilung des Outcomes ist auch die Erkenntnis der Psychotherapieforschung zu beachten, dass ca. 40 % der Varianz des Psychotherapie-Outcomes durch Faktoren der Patientin/des Patienten und ihrer/seiner Lebenssituation bestimmt werden, die nicht von der Therapeutin bzw. von dem Therapeuten zu beeinflussen sind. Weitere 15 % werden durch die Erwartung der Patientin/des Patienten bestimmt. Letztere werden im Übrigen nicht als explizites Qualitätsmerkmal erfasst.
- **Externe Validität:**  
Bei der Analyse des Fragebogens ist neben den Pretests auch seine externe Validität zu prüfen. So ist zu klären, in welchem Ausmaß die von den Patientinnen und Patienten im Fragebogen angegeben erinnerten Informationen übereinstimmen mit den in der Konsultation vermittelten Informationen.

Diese methodischen Probleme erschweren eine valide Beurteilung der Qualität der Psychotherapie einer Psychotherapeutin/eines Psychotherapeuten und sollten daher zur großen Vorsicht bei den Auswertungen führen.

Die im vorliegenden Entwurf vorgesehene Nutzung der Aussagen von Patientinnen und Patienten in der ambulanten Versorgung zur Beurteilung der Arbeit einzelner Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen und zum Vergleich dieser untereinander sieht die Bundesärztekammer sehr kritisch. Das Qualitätssicherungsverfahren birgt die Gefahr der Patientenselektion. Schwer kranke Patientinnen und Patienten mit komplexen Störungen machen nur langsame Therapiefortschritte und sehen entsprechend weniger Erfolg bei der Therapeutin/dem Therapeuten. In der Folge müssen ihre Therapeutinnen/Therapeuten negative Bewertungen oder sogar Sanktionen befürchten, was wiederum dazu führen kann, dass eine Patientenselektion stattfindet. Im Endeffekt hätten die betroffenen Patientinnen und Patienten weniger Chancen auf Therapieplätze als gesündere Patientinnen und Patienten mit guter Beziehungsfähigkeit, Compliance und schnelleren Erfolgen in Therapien.

Insgesamt begrüßt die Bundesärztekammer das Bemühen, die Qualitätssicherung im Bereich der ambulanten Psychotherapie weiterzuentwickeln. Die entwickelten Qualitätsmerkmale mit leichten Modifikationen und in reduzierter Anzahl erscheinen nachvollziehbar und sinnvoll. Es bestehen aber Zweifel, ob – wie das IQTIG selbst schon zu bedenken gibt – die angeführten methodischen Probleme überwunden werden können.

Erst nach Vorlage des endgültigen Fragebogens, der Qualitätsindikatoren und des Auswertungskonzepts wird sich eine Aussage darüber treffen lassen, ob das Instrument die im Auftrag des G-BA genannten Anforderungen erfüllen kann und ob es sich für den routinemäßigen Einsatz eignet. Sollten die Anforderungen nicht oder nur eingeschränkt erfüllbar sein, so wird über eine Modifikation der Anforderungen zu diskutieren sein.

Stellungnahme

---

## Zwischenbericht des IQTIG

„Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“

---

**14.04.2020**

## Inhaltsverzeichnis

<b>1 Grundsätzliche Bewertung des Zwischenberichts.....</b>	<b>3</b>
<b>2 Methodische Herausforderungen .....</b>	<b>5</b>
2.1 Anzahl der Patient*innen pro Leistungserbringer*in.....	5
2.2 Erinnerungs- und Befragungszeitraum .....	7
2.3 Erfassung von Ergebnisqualität .....	8
<b>3 Ableitung von Qualitätsmerkmalen der Patientenbefragung.....</b>	<b>10</b>
3.1 Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen.....	12
3.2 Qualitätsaspekt 2: Information zu den Rahmenbedingungen .....	13
3.3 Qualitätsaspekt 3: Information und Aufklärung zur Diagnose .....	14
3.4 Qualitätsaspekt 4: Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie.....	14
3.5 Qualitätsaspekt 5: Kommunikation und Interaktion mit Patient*innen in der psychotherapeutischen Versorgung.....	14
3.6 Qualitätsaspekt 6: Gemeinsame Behandlungsplanung.....	15
3.7 Qualitätsaspekt 7: Therapiezielvereinbarung.....	15
3.8 Qualitätsaspekt 8: Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf.....	15
3.9 Qualitätsaspekt 9: Kooperation .....	16
3.10 Qualitätsaspekt 10: Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes .....	16
3.11 Qualitätsaspekt 11: Outcome .....	17

## 1 Grundsätzliche Bewertung des Zwischenberichts

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) hat seinen Zwischenbericht zur Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter zum 2. März vorgelegt. Die Arbeiten bauen dabei auf dem Qualitätsmodell auf, welches das IQTIG in seinem Bericht vom 28. Februar 2019 beschrieben hat. In diesem Qualitätsmodell hatte das IQTIG insgesamt zwölf Qualitätsaspekte aufgenommen, die durch das künftige QS-Verfahren adressiert werden sollen. Dabei sieht das Qualitätsmodell hinsichtlich der Datenquellen einen ungewöhnlich starken Schwerpunkt im Bereich der Patientenbefragung vor. Für insgesamt elf Qualitätsaspekte sollte die Ableitung von Qualitätsmerkmalen im Rahmen der Patientenbefragung weiterverfolgt werden, bei sechs Qualitätsaspekten wurde dabei sogar ausschließlich auf die Patientenbefragung abgestellt, während für fünf Qualitätsaspekte auch die Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer vorgesehen ist.

Bereits die Auswahlprozesse für die Qualitätsaspekte des dem geplanten QS-Verfahren zugrundeliegenden Qualitätsmodells war auf Basis des Berichts des IQTIG vom 28. Februar 2019 zu großen Teilen nur sehr begrenzt nachvollziehbar. Nach der Darstellung in dem Bericht unterlagen diese keinem erkennbar einheitlichen systematischen Bewertungsprozess. So bezog sich der damalige Auswahlprozess im Grundsatz insbesondere auf die Ergebnisse der Leitlinienrecherchen und der Fokusgruppen. Eine systematische Auswertung dieser zwei Informationsquellen war jedoch in dem Bericht nicht nachvollziehbar. Vielmehr wurden isoliert einzelne Empfehlungen aus Leitlinien, Studienbefunde oder Zitate aus den Fokusgruppen herausgegriffen, um die Auswahl der Qualitätsaspekte zu begründen. Das Ausmaß der jeweils vermuteten Qualitätsprobleme in der bundesdeutschen Versorgungsrealität und das Potenzial für patientenrelevante Verbesserungen im Zuge der Einführung eines QS-Verfahrens blieben im Unklaren. Eine Differenzierung und Gewichtung der verschiedenen Qualitätsaspekte nach deren Relevanz für erzielbare, patientenrelevante Qualitätsverbesserungen im Sinne einer effizienten Ausrichtung des QS-Verfahrens sind auf dieser Basis nicht möglich.

Auch die Frage, welche Datenquellen für die jeweiligen Qualitätsaspekte aus welchen Gründen als geeignet eingeschätzt werden, wurde in dem Bericht nicht ausreichend dargestellt. Die zum Teil erheblichen Abweichungen im Qualitätsmodell gegenüber der AQUA-Konzeptskizze waren somit kaum nachvollziehbar. Dies galt nicht zuletzt auch für die Ausdifferenzierung von Qualitätspotenzialen zu Qualitätsaspekten im Qualitätsmodell des IQTIG. Beispielhaft sei hierbei auf das vom AQUA-Institut seinerzeit identifizierte Qualitätspotenzial „Aufklärung und Partizipative Entscheidungsfindung“ hingewiesen, das in



dem Qualitätsmodell des IQTIG in nunmehr fünf eigene Qualitätsaspekte ausdifferenziert wurde.

Diese Problematik einer eher anekdotisch anmutenden Begründung über einzelne Behandlungsempfehlungen aus in der Regel störungsspezifischen Leitlinien, die nicht auf andere psychische Erkrankungen übertragbar sind, vereinzelt Studienergebnisse und Einschätzungen aus den Fokusgruppen wiederholt sich nun auch bei der Ableitung von Qualitätsmerkmalen für die Patientenbefragung aus den Qualitätsaspekten des zugrundeliegenden Qualitätsmodells.

Im Ergebnis werden in dem vorliegenden Zwischenbericht des IQTIG zehn Qualitätsaspekte mit insgesamt 30 zugeordneten Qualitätsmerkmalen als geeignet für die weitere Entwicklung des Patientenfragebogens identifiziert. Dabei ist aus dem Bericht weiterhin nicht erkennbar, ob bestimmten Qualitätsmerkmalen im Vergleich zu anderen ein besonderes Gewicht beigemessen wird. Insbesondere bleiben die Fragen unbeantwortet, für welche Qualitätsmerkmale substantielle Qualitätsdefizite in der gegenwärtigen ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland nachweisbar sind (sowohl quantitativ im Sinne des Anteils an Behandlungen, bei denen sich ein Qualitätsdefizit manifestiert, als auch qualitativ im Sinne des typischen Ausmaßes des Qualitätsdefizits je problematischem Fall), welche Hierarchie hinsichtlich der identifizierten Qualitätsdefizite hieraus resultiert und wie effektiv diese über ein datengestütztes QS-Verfahren mithilfe von Patientenbefragungsdaten adressiert und hierdurch mittelfristig Verbesserungen erzielt werden können. Dies erscheint angesichts der Vielzahl an Qualitätsmerkmalen kritisch, die bei einer methodisch ausreichend validen Umsetzung dieser Merkmale über Einzelitems, in vielen Fällen aber auch Indexbildungen über mehrere Items, voraussichtlich zu einer großen Gesamtzahl an Items und damit einer für den Routineeinsatz problematischen Fragebogenlänge führen könnte. Das Ziel eines schlanken, fokussierten und effizienten QS-Verfahrens droht so aus dem Blick zu geraten.

Aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) erscheint es schließlich sehr problematisch, dass in diesem Zwischenbericht zentrale grundsätzliche Herausforderungen und erwartbare Limitationen der Patientenbefragung für dieses QS-Verfahren lediglich angerissen und nicht schon vor Beginn der Item- und Fragebogenentwicklung sowie der Fragebogenvalidierung umfassend analysiert wurden. Dies betrifft insbesondere die Probleme der für diese Zwecke geringen Fallzahl je Leistungserbringer und der längeren Behandlungsdauern bei jeweils großer Varianz zwischen den Leistungserbringern, der QS-Auslösung einschließlich der erforderlichen Erhebungszeitpunkte für die verschiedenen Qualitätsmerkmale, der Zuschreibbarkeit der Behandlungsergebnisse, der begrenzten

Möglichkeiten der Risikoadjustierung (z. B. hinsichtlich der Diagnosen) und der Verzerrungsrisiken bei gegebenenfalls reduzierten Rücklaufquoten. Mit Blick auf die Ergebnisqualität wird sich dabei angesichts der methodischen Limitationen die Frage stellen, ob und welche möglichen Indexbildungen überhaupt die Berechnung von Qualitätsindikatoren erlauben und welche lediglich als Kennzahlen an die Leistungserbringer rückgespiegelt und von diesen im Rahmen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements genutzt werden können. Damit ergibt sich spätestens für den Abschlussbericht auch die Notwendigkeit für die Patientenbefragung wie für das datengestützte QS-Verfahren insgesamt eingehend zu prüfen, welcher patientenrelevante Nutzen aus welcher Form der Realisierung des QS-Verfahrens bei welchen Kosten und möglichen Nebenwirkungen mittel- bis langfristig zu erwarten ist.

## 2 Methodische Herausforderungen

Im Abschnitt 5 des Zwischenberichts werden einzelne methodische Herausforderungen für die Entwicklung eines datengestützten QS-Verfahrens ambulante Psychotherapie insgesamt und einer Patientenbefragung im Speziellen kurz angerissen. Zu Recht werden hierbei insbesondere die Aspekte der geringen Fallzahl je Leistungserbringer\*in, des Erinnerungs- und Befragungszeitraums und der Erfassung der Ergebnisqualität thematisiert.

### 2.1 Anzahl der Patient\*innen pro Leistungserbringer\*in

In Zusammenhang mit der geringen Fallzahl je Leistungserbringer\*in wird im Zwischenbericht auch auf die Ausführungen in Abschnitt 8.2 verwiesen. In diesem wird dargestellt, dass rund 42 Prozent der ärztlichen Psychotherapeut\*innen und 32 Prozent der Psychologischen Psychotherapeut\*innen innerhalb eines Jahres 30 oder weniger Patient\*innen mit Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie im Einzelsetting versorgt haben. Selbst für die Medizinischen Versorgungszentren gilt demnach, dass 22 Prozent der Einrichtungen 30 oder weniger Patient\*innen mit Richtlinienpsychotherapie behandelt haben. Unklar bleibt in diesem Zusammenhang, ob die Größenordnung einer Fallzahl von größer 30 je Einrichtung willkürlich gewählt wurde oder ob damit eine erste Einschätzung verbunden ist, dass dies eine Mindestfallzahl für den Einrichtungsvergleich unter Berücksichtigung der erwarteten Rücklaufquoten markiert. Grundsätzlich wäre hier eine tabellarische Darstellung der Perzentile zielführender, so wie dies im Anschlussbericht für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens Schizophrenie umgesetzt worden ist.

Als Lösungsansätze für dieses Fallzahlproblem werden in dem Zwischenbericht die Ausweitung der Beobachtungszeiträume je Einrichtung und die Entwicklung eines spezifischen Auswertungskonzeptes andiskutiert, welches eine Auswertungsmethodik beinhalten soll, die auch bei geringer Fallzahl je Leistungserbringer\*in statistisch zuverlässige Ergebnisse ermöglicht. Diese Lösungsansätze werden jedoch in keiner Weise weiter ausgeführt und in ihren relevanten Stellgrößen nicht näher konkretisiert. Stattdessen wird hier lediglich auf eine geplante Prüfung und Darstellung der Empfehlungen und Ergebnisse im Rahmen des Abschlussberichts verwiesen. Dies ist in keiner Weise nachvollziehbar, zumal eine umfassendere Prüfung der andiskutierten Lösungsansätze unabhängig von der konkreten Ausgestaltung der Patientenbefragung möglich und dringend angezeigt wäre.

Hinsichtlich des Fallzahlproblems sollte dabei nicht auf die Anzahl der Patient\*innen abgestellt werden, die innerhalb eines Jahres eine Leistung der Richtlinienpsychotherapie erhalten haben. Entscheidend ist vielmehr, wie viele Patient\*innen innerhalb eines Jahres oder – bei Ausweitung des Beobachtungszeitraums – von zwei Jahren eine Richtlinienpsychotherapie beginnen und in einem zweiten Schritt, wie viele Patient\*innen innerhalb eines definierten Beobachtungszeitraums eine Richtlinienpsychotherapie auch abschließen. Die zeitliche Dauer einer psychotherapeutischen Behandlung in Quartalen und nicht in Behandlungsstunden ist hierbei eine entscheidende Stellgröße.

Aus Sicht der BPTK ist es unverständlich, warum die Abrechnungsdaten zur ambulanten Psychotherapie nicht unter dieser Perspektive ausgewertet wurden. Vor Beginn der konkreten Fragebogenentwicklung sind diese grundsätzlichen Aspekte unbedingt zu klären, da zu befürchten steht, dass selbst bei einem auf zwei Jahre erweiterten Beobachtungszeitraum für viele Leistungserbringer\*innen keine Fallzahlen resultieren werden, die für einen Einrichtungsvergleich – noch ganz unabhängig von der psychometrischen Qualitäten der eingesetzten Indizes und Qualitätsindikatoren und den definierten Referenzbereichen – statistisch zuverlässige Ergebnisse ermöglichen. Dies gilt umso mehr, als dass bei der Patientenbefragung schon allein wegen einer reduzierten Rücklaufquote im Vergleich zur Leistungserbringerdokumentation von einer erheblich reduzierten „Dokumentationsrate“ für die einzelnen Qualitätsindikatoren auszugehen ist. Die entsprechenden Ausführungen in Abschnitt 17.1. des Abschlussberichtes zur Patientenbefragung für das QS-Verfahren Schizophrenie machen dabei nur deutlich, dass sich für bestimmte Qualitätsindikatoren, z. B. im Falle eines Qualitätsindikators mit einem Merkmal, welches aus einem binären Item besteht, unter einer typischerweise anzusetzenden Teststärke von 80 Prozent, bei geringen Fallzahlen, wie sie im QS-Verfahren ambulante Psychotherapie für viele Einrichtungen zu erwarten sind, Auffälligkeiten bei einer Leistungserbringer\*in statistisch

nur dann belegen lassen, wenn diese Abweichungen vom Referenzwert extrem stark ausgeprägt sind. Um den möglichen Nutzen eines QS-Verfahrens zunächst nur im Sinne der Identifikation von statistischen Auffälligkeiten bei den zu erwartenden geringen Fallzahlen beurteilen zu können, müsste bei der Bewertung von abgeleiteten Qualitätsmerkmalen einfließen, ob belastbare Hinweise dafür vorliegen, dass bei einer relevanten Anzahl von Einrichtungen eklatante Abweichungen vom Referenzwert zu erwarten sind.

In diesem Zusammenhang lässt der Zwischenbericht orientierende Aussagen vermissen, welche Fallzahl differenziert nach den unterschiedlichen Anforderungen der jeweiligen Qualitätsindikatortypen mindestens gewährleistet sein müsste, damit zuverlässige statistische Auffälligkeiten nicht nur theoretisch resultieren können.

Dasselbe gilt auch für die angesprochene Auswertungsmethodik, die auch bei einer geringen Anzahl an Patient\*innen pro Leistungserbringer\*in statistisch zuverlässige Ergebnisse ermöglichen soll. Es ist schwer nachzuvollziehen, warum an dieser Stelle die angesprochenen Auswertungsmethodiken nicht näher spezifiziert und dargestellt werden. Es sollte konkret benannt werden, welche statistischen Verfahren und Auswertungsmethodik nach Ansicht des IQTIG diese Anforderungen gegebenenfalls erfüllen könnten, inwieweit diese auch in der Lage sind, eine ausreichende Risikoadjustierung für den spezifischen Case-Mix der Einrichtungen zu leisten und welche Fallzahlen je Einrichtung hierfür mit Blick auf die Anforderungen des jeweiligen Modells erforderlich sind.

## 2.2 Erinnerungs- und Befragungszeitraum

Die Betrachtung der durchschnittlichen Behandlungsdauer von Richtlinienpsychotherapie macht auch deutlich, dass mit Blick auf die Qualitätsmerkmale, die über die Patientenbefragung abgebildet werden sollen, die Auslösung und Durchführung der Patientenbefragung zu zwei verschiedenen Zeitpunkten nahezu zwingend ist, sofern diese tatsächlich annähernd valide zu einem vertretbaren Erinnerungszeitraum über eine Patientenbefragung erfasst werden sollen.

Die ersten sieben Qualitätsaspekte, zu denen für die Patientenbefragung Qualitätsmerkmale abgeleitet werden sollen (siehe Tabelle 29), beziehen sich auf Prozesse der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, die insbesondere in den Leistungen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der probatorischen Sitzungen und ggf. noch der ersten Stunden der Richtlinienpsychotherapie angesiedelt sind. Das gilt vor allem für den gesamten Komplex der Information und Aufklärung zu Therapieverfahren, Behandlungsoptionen, Rahmenbedingungen der Richtlinienpsychotherapie, Diagnose und aktueller Therapie, aber auch für die Qualitätsaspekte der gemeinsamen Behandlungsplanung

und der Therapiezielvereinbarung. Da gemäß dem Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) eine Beschränkung des QS-Verfahrens auf die Richtlinienpsychotherapien festgelegt ist, kommt als frühester Zeitpunkt für die erstmalige QS-Auslösung zur Befragung der Patient\*innen zu diesen Qualitätsaspekten die erste Sitzung der Richtlinienpsychotherapie in Betracht. Mit Blick auf die vorgesehene Nichtberücksichtigung der alleinigen Gruppenpsychotherapie für das QS-Verfahren ist dabei zu beachten, dass auch bei der alleinigen Gruppenpsychotherapie Einzelsitzungen im Verhältnis von eins zu zehn zu den Gruppensitzungen erbracht und über die entsprechende GOP der Einzeltherapie abgerechnet werden können. Somit könnte bei Patientenbehandlungen, die vorwiegend oder (nahezu) ausschließlich als Gruppenpsychotherapie durchgeführt werden, eine stark zeitverzögerte QS-Auslösung resultieren, die mit Blick auf die in der Patientenbefragung adressierten Inhalte zu unangemessen langen Erinnerungszeiträumen führen könnten.

Das Behandlungsende stellt zugleich in der Regel den frühestmöglichen Zeitpunkt für eine methodisch adäquate Erfassung der Ergebnisse der Behandlung dar, insbesondere sofern diese auch für einen fairen Einrichtungsvergleich herangezogen werden soll. In diesem Zusammenhang sei noch auf die Einführung von zwei Pseudoziffern zum 1. Juli 2020 hingewiesen, mit denen künftig durch die Leistungserbringer\*innen das Therapieende angezeigt wird:

- GOP 88130: Kennzeichnung Beendigung der Richtlinienpsychotherapie ohne nachfolgende Rezidivprophylaxe,
- GOP 88131: Kennzeichnung Beendigung der Richtlinienpsychotherapie mit nachfolgender Rezidivprophylaxe.

Diese würden sich somit für eine QS-Auslösung für eine zweite Patientenbefragung anbieten, die dann für die relevanten Prozesse und Ergebnisse zu einem vertretbaren Erinnerungszeitraum durchgeführt werden könnte. Insbesondere die Qualitätsaspekte „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“ und „Outcome“ lassen aus Sicht der BPTK grundsätzlich keinen früheren Befragungszeitpunkt zu. Katamnestische Erhebungen zur Nachhaltigkeit der erzielten Behandlungsergebnisse wären zwar grundsätzlich wünschenswert, würden jedoch das geplante QS-Verfahren weiter überfrachten.

### 2.3 Erfassung von Ergebnisqualität

Zutreffend werden im Zwischenbericht bezogen auf die Problematik der Erfassung der Ergebnisqualität die Kriterien der Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer\*in und die Zuschreibbarkeit der Verantwortung hervorgehoben. So können patientenseitige Fak-

toren, die außerhalb des Einflussbereichs der Psychotherapeut\*in liegen, die Behandlungsergebnisse bzw. das Spektrum der erreichbaren Behandlungsergebnisse stark determinieren. Genannt werden hier u. a. die Schwere der Erkrankungen, Komorbiditäten, zusätzliche pharmakologische und/oder psychosoziale Therapien, Therapiemotivation oder das soziale Umfeld. Die Beeinflussbarkeit des Behandlungsergebnisses durch die Leistungserbringer\*in muss daher im Kontext der ggf. limitierenden oder den Behandlungsverlauf zumindest prägenden Einflussfaktoren bewertet werden. Dies schränkt die Möglichkeiten eines normbasierten Ansatzes, wie er in Abschnitt 5.3.4 des Zwischenberichts skizziert wird, deutlich ein, da eine adäquate Risikoadjustierung für diese multiplen Einflussgrößen im Rahmen einer Patientenbefragung allein unter methodischen Gesichtspunkten kaum möglich erscheint. Zugleich ist eine angemessene Risikoadjustierung auch bei den diskutierten Varianten der Veränderungsmessung zur Erfassung der Ergebnisqualität unerlässlich. Schließlich wird zu Recht darauf hingewiesen, dass sich die ggf. begrenzte Beeinflussbarkeit auch bei der Festlegung des Referenzbereichs eines Qualitätsindikators niederschlagen muss. Die daraus resultierenden Einschränkungen summieren sich mit dem oben angesprochenen Fallzahlproblem mit Blick auf die mögliche Identifikation von statistischen Auffälligkeiten in einem QS-Verfahren und begrenzen den möglichen Nutzen dieser Indikatoren zusätzlich.

Hinsichtlich der Zuschreibbarkeit der Behandlungsergebnisse zu einer Leistungserbringer\*in wird im Zwischenbericht auch auf die Bedeutung weiterer Versorgungsangebote und ambulanter und (teil-)stationärer Akteure hingewiesen, die einen Behandlungsverlauf erheblich beeinflussen können. In Abschnitt 8.1 wird hierzu dargestellt, dass nach den Analysen des IQTIG über ein Drittel der Patient\*innen bei Psychologischen Psychotherapeut\*innen zugleich bei einer Fachärzt\*in in Behandlung waren, deren Facharztgebiet sich auf die Behandlung von psychischen Erkrankungen bezieht. Insbesondere eine pharmakologische Behandlung einer psychischen Erkrankung kann dabei eine wichtige Bedeutung für das Behandlungsergebnis haben, die dann bei einer statistischen Auffälligkeit im Kontext der anonymisierten Patientenbefragung ggf. selbst im strukturierten Dialog mit der psychotherapeutischen Leistungserbringer\*in nicht aufgeklärt werden kann. So könnte beispielsweise ein plötzliches Absetzen einer antidepressiven Medikation zu einem Relapse führen, welcher nicht der psychotherapeutischen Leistungserbringer\*in zugeschrieben werden kann. Entsprechende Einflussgrößen werden sich jedoch im Rahmen der Patientenbefragung voraussichtlich nicht systemisch erfassen lassen und können daher nur über die Definition der Referenzbereiche etwas abgefangen werden.

Hinsichtlich der diagnose- und verfahrensübergreifenden Outcomes findet sich in dem Zwischenbericht in der Tabelle 4 eine erste Übersicht über verallgemeinerbare Outcomes

ambulanter Psychotherapie. Diese beinhaltet z. B. mit dem Aspekt der Symptomreduktion, der Verbesserung der Teilhabe, der sozialen Rollenfunktionen, der Bewältigungsstrategien oder des allgemeinen Wohlbefindens und des Selbstwertgefühls grundsätzlich übergreifend relevante Dimensionen des Outcomes, die für verschiedene Erkrankungen und Therapieverfahren bedeutsam sind. Die methodische Herausforderung besteht jedoch darin, dass diese verschiedenen Dimensionen für die individuellen Patient\*innen nicht in gleicher Weise bedeutsam sind, sondern im individuellen Einzelfall vielmehr ganz bestimmte Dimensionen für die jeweilige Patient\*in im Vordergrund stehen. Hier können insbesondere auch zwischen Patient\*innen mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen erhebliche Unterschiede bestehen. Während für einige die Reduktion der Symptomatik im Vordergrund steht, kann es zum Beispiel für schwer chronisch erkrankte Patient\*innen vorrangig darum gehen, die soziale Teilhabe zu verbessern, die Fertigkeiten im Umgang mit der Erkrankung zu stärken oder eine Verschlechterung der Erkrankung und mögliche stationäre Behandlungen zu verhindern. Diese individuellen Unterschiede in den Behandlungszielen und patientenrelevanten Outcomes sind in der weiteren Konzeption der Patientenbefragung und der Auswertungsmethodik unbedingt zu berücksichtigen. Andernfalls besteht nicht zuletzt auch ein Risiko für ungewollte Selektionseffekte aufgrund der Implementierung des QS-Verfahrens zulasten von schwer und chronisch psychisch erkrankten Patient\*innen, bei denen beispielsweise eine Vollremission der psychischen Erkrankung, ein hohes Maß an allgemeinem psychischem Wohlbefinden oder eine unbeeinträchtigte berufliche und soziale Teilhabe in den meisten Fällen nicht erreichbar ist. Die Patientenbefragung sollte daher unabhängig von der konkreten Art der Veränderungsmessung (indirekt, quasi-indirekt oder direkt) möglichst eine patientenindividuelle Erfassung bzw. Gewichtung der jeweils relevanten Outcomes erlauben und diese bei der Berechnung der Qualitätsindikatoren berücksichtigen. Die Vergleichbarkeit der Dimensionen von Ergebnisqualität ist in dem Sinne nicht nur für die verschiedenen Therapieverfahren, sondern auch für die unterschiedlichen Patientengruppen zu gewährleisten.

### **3 Ableitung von Qualitätsmerkmalen der Patientenbefragung**

In Abschnitt 6 des Zwischenberichts werden zunächst die Eignungskriterien aufgeführt, die Qualitätsmerkmale erfüllen müssen, um im weiteren Entwicklungsprozess berücksichtigt zu werden. Das Potenzial zur Verbesserung ist dabei eines von insgesamt sechs Eignungskriterien, die typischerweise bei der Verfahrensentwicklung genutzt werden. Hinzu kommen noch die für diese QS-Verfahrensentwicklung auftragsbedingten Kriterien der Diagnoseunabhängigkeit und Therapieverfahrensunabhängigkeit. Die Qualitätsmerkmale wurden dabei vom IQTIG auf Grundlage von zwei „Wissensbeständen“ abgeleitet, zum einen auf Basis der identifizierten Leitlinien und Studien zu Patientenperspektive, zum

anderen über die eigens hierfür durchgeführten Fokusgruppen. Eingeflossen sind dabei unter Berücksichtigung der Fokusgruppen für die Entwicklung des Qualitätsmodells insgesamt acht eineinhalb- bis zweistündige Fokusgruppen mit Patient\*innen und fünf Fokusgruppen mit ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeut\*innen. Die Fokusgruppen mit Patient\*innen wurden dabei differenziert nach der Dauer der Behandlungserfahrung zum Zeitpunkt der Rekrutierung. Eine Fokusgruppe bestand dabei aus Patient\*innen, die ihre ambulante Richtlinienpsychotherapie abgeschlossen hatten. Im Ergebnis waren 59 Patient\*innen und 28 Psychotherapeut\*innen in den Fokusgruppen beteiligt. Aus der Beschreibung des Ableitungs- und Bewertungsprozesses für die Qualitätsmerkmale wird deutlich, dass den in den bis zu zweistündigen Fokusgruppen geäußerten Erfahrungen dieser nicht-repräsentativen Stichprobe von Patient\*innen und Psychotherapeut\*innen ein erhebliches Gewicht bei der Entwicklung eines QS-Verfahrens für die ambulante Psychotherapie zukommt, an dem sich bei einer Vollerhebung rund 21.200 Psychologische Psychotherapeut\*innen und 6.800 ärztliche Psychotherapeut\*innen sowie jährlich bis zu 1,4 Millionen Patient\*innen zu beteiligen hätten. Die Begründungen für die Ableitung einzelner Qualitätsmerkmale auf Basis einzelner Leitlinienempfehlungen, Studienergebnisse oder Einschätzungen aus den Fokusgruppen erscheinen dabei an vielen Stellen anekdotisch und arbiträr. So werden zum Teil Leitlinienempfehlungen zur Begründung zitiert, die für eine spezifische Erkrankung den allgemeinen Standard of Care beschreiben und weder mit Blick auf eine psychotherapeutische Behandlung noch auf Basis von Studienevidenz formuliert worden sind (zum Beispiel die Empfehlung „ehrlich zu kommunizieren“ in der Leitlinie zu Bipolaren Störung von Goodwin et al., 2016, oder die Empfehlung aus der Leitlinie zu Autismus-Spektrums-Störungen von SIGN 2016, dass die Therapeut\*in die Patient\*in ermutigen sollte, sich fortlaufend mit ihrer Diagnose zu befassen). Darüber hinaus wurde aus Sicht der BPtK insbesondere das Kriterium des Potenzials zur Verbesserung bei der Ableitung der Qualitätsmerkmale zu wenig systematisch berücksichtigt und häufig nur auf einzelne Erfahrungen von Patient\*innen aus den Fokusgruppen abgestellt, ohne dass erkennbar wird, welches Ausmaß die möglichen Qualitätsprobleme haben und bei wie vielen Psychotherapeut\*innen ein relevantes Verbesserungspotenzial angenommen werden kann.

Kritisch erscheint darüber hinaus, dass im Vergleich zur Konzeptskizze des AQUA-Instituts das damalige Qualitätspotenzial „Aufklärung und Gemeinsame Entscheidungsfindung“ mit der Aktualisierung und Entwicklung eines Qualitätsmodells durch das IQTIG ganz erheblich ausdifferenziert wurde und nun über fünf eigene Qualitätsaspekte abgebildet werden soll. Eine substantielle Begründung für die starke Ausdifferenzierung und damit Betonung dieses Bereichs im QS-Verfahren fand sich seinerzeit im Bericht zum Qualitätsmodell nicht. Im Zuge der Ableitung der Qualitätsmerkmale für die Patientenbefragung



wurden im Ergebnis allein zu den ersten vier Qualitätsaspekten, die Information und Aufklärung der Patient\*innen zum Gegenstand haben, insgesamt 13 Qualitätsmerkmale abgeleitet. Hinzu kommen noch zwei weitere Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt der gemeinsamen Behandlungsplanung. Inwieweit in diesen Bereichen des Behandlungsprozesses tatsächlich derart bedeutsame Potenziale zur Verbesserung der Behandlungsqualität bestehen, erscheint insgesamt fraglich. Hier sollten die Möglichkeiten einer ausgewogeneren Gewichtung der mit dem QS-Verfahren zu adressierenden Qualitätsaspekte nochmals überprüft werden.

### 3.1 Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen

Für diesen Qualitätsaspekt wurden zunächst sechs verschiedene Qualitätsmerkmale abgeleitet. Nach Beratung im Expertengremium wurde das Qualitätsmerkmal „Information zum möglichen Verlauf der Erkrankungen während der psychotherapeutischen Behandlung“ wegen möglicher Überschneidungen mit anderen Qualitätsmerkmalen dieses Aspekts wieder fallengelassen.

Unverständlich bleibt zunächst, warum sich das Qualitätsmerkmal der Information über die verschiedenen Therapieverfahren auf die Information über die Therapieverfahren der Richtlinienpsychotherapie beschränken soll. Zum einen erscheint die Relevanz dieser Information insofern fraglich, als dass im Zuge des PTV 10 die Patient\*innen ohnehin über die Psychotherapieverfahren informiert werden, sodass ein mögliches Informationsdefizit auf Seiten der Patient\*innen auch im Vergleich zu anderen Versorgungsbereichen als eher gering einzustufen sein dürfte. Darüber hinaus ist aber auch fraglich, warum dieses Qualitätsmerkmal nicht explizit die Information der Patient\*innen über weitere Behandlungsalternativen umfasst, wie sie sich aus den Leitlinienempfehlungen ergeben würden. Beispielfhaft sei an dieser Stelle auf die Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und Pharmakotherapie bei schweren und/oder chronischen Depressionen oder die alleinige Pharmakotherapie als Behandlungsalternative zur Psychotherapie bei mittelgradigen depressiven Störungen verwiesen. Auch die Ausdifferenzierung der Qualitätsmerkmale zur Information über die Wirksamkeit der Psychotherapie, zum Wirkeintritt und zur Nachhaltigkeit erscheint übertrieben. Eine Zusammenfassung dieser Qualitätsmerkmale erscheint hier zielführend. Auch das Ausmaß des Verbesserungspotenzials durch Adressierung dieser Merkmale über eigene Qualitätsindikatoren im QS-Verfahren erscheint hier eher begrenzt.

Nachvollziehbar erscheint dagegen die Abbildung der Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Richtlinienpsychotherapie über ein eigenes Qualitätsmerkmal. Auch in der Psychotherapieforschung wird diesem Aspekt verstärkt Beachtung geschenkt.

### 3.2 Qualitätsaspekt 2: Information zu den Rahmenbedingungen

Auch für diesen Qualitätsaspekt gilt, dass die abgeleiteten Qualitätsmerkmale überdifferenziert erscheinen und die dargelegten Begründungen für diese Merkmale insbesondere hinsichtlich des Kriteriums des Verbesserungspotenzials nicht überzeugen können. Hinsichtlich des Qualitätsmerkmals der Information zum Stundenkontingent der geplanten Psychotherapie erscheint vor allem die Information über die Verlängerungsmöglichkeiten für eine beantragte Psychotherapie potenziell relevant. Insgesamt überzeugen die einzeln dargestellten Äußerungen aus den Fokusgruppen jedoch nicht, um ein bedeutsames Qualitätsverbesserungspotenzial für dieses Merkmal anzunehmen. Auch die Qualitätsmerkmale zu den Informationen zur Behandlungsfrequenz und zur Antragstellung erscheinen zu kleinteilig, als dass diesen tatsächlich eine besondere Relevanz für die Patient\*innen zugeschrieben werden könnte. Aus den Beschwerdeverfahren oder Patientenfragen bei den Psychotherapeutenkammern sind uns darüber hinaus keine Hinweise bekannt, dass hier ein größeres Problem oder Informationsdefizit vorliegt. Die Information zur Organisation der Absage von Sitzungen durch Patient\*innen kann dagegen einen stärker patientenrelevanten Bereich adressieren. Hier sollte ggf. in der Weiterentwicklung dieses Qualitätsmerkmals noch stärker auf die berufsrechtliche Zulässigkeit von möglichen Regelungen rund um die Absage von Sitzungen durch die Patient\*in, z. B. wegen Urlaub und Krankheit, und den zeitlichen Vorlauf für eine Terminabsage abgestellt werden.

Kritisch sieht die BPTK dagegen das abgeleitete Qualitätsmerkmal „Information zum Vorgehen in Notfallsituationen“, einschließlich der Weiterentwicklung dieses Merkmals im Zuge der Beratungen im Expertengremium zu „Informationen zu Behandlungs- und Hilfemöglichkeiten, auch in Notfallsituationen“. Die Notwendigkeit und Angemessenheit einer ausführlichen Information zu weiteren Behandlungs- und Hilfemöglichkeiten sowie zum Vorgehen in Notfallsituationen unterscheidet sich zwischen den verschiedenen Patientengruppen erheblich. So hat die Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Therapie, insbesondere auch in Krisensituationen, für Patient\*innen mit akuter oder latenter Suizidalität – auch in der Vorgeschichte – eine besondere Patientenrelevanz. Dies ist aber nicht für alle Patient\*innen gleichermaßen relevant. Auch die Relevanz der Information über weitere Behandlungs- und Hilfemöglichkeiten unterscheidet sich stark zwischen den verschiedenen Patientengruppen, betrifft dabei unterschiedliche konkrete Hilfen und kann auch zu verschiedenen Phasen der Behandlung bedeutsam

werden. Eine generische Umsetzung dieses Qualitätsmerkmals für alle Patient\*innen erscheint dabei kaum sachgerecht durchführbar. Auch mit Blick auf die konkrete Umsetzung der Patientenbefragung, die voraussichtlich zwei Erhebungszeitpunkte erfordert, wäre die Erfassung dieses Merkmals zu Informationen zu Behandlungs- und Hilfemöglichkeiten in seiner Allgemeinheit weder direkt nach Behandlungsbeginn noch nach Behandlungsende sinnvoll platziert, da je nach individuellem Fall die Patient\*in die relevanten Informationen vornehmlich zu Beginn, während und/oder gegen Ende der Richtlinienpsychotherapie erhalten sollte.

### 3.3 Qualitätsaspekt 3: Information und Aufklärung zur Diagnose

Die Zusammenführung der beiden ursprünglich entwickelten Qualitätsmerkmale erscheint sachgerecht. Patient\*innen sollte in diesem Zusammenhang neben dem Besprechen des Krankheitsbildes auch die konkrete Information über die gestellten Diagnosen gegeben werden, wie es sich aus den zivilrechtlichen wie auch berufsrechtlichen Pflichten zur Patientenaufklärung ergibt. Die Beschreibung des Qualitätsmerkmals „Besprechen des Krankheitsbildes“ sollte entsprechend erweitert werden.

### 3.4 Qualitätsaspekt 4: Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie

Die Anpassungen, die im Nachgang zu den Beratungen im Expertengremium vorgenommen wurden, erscheinen sachgerecht.

### 3.5 Qualitätsaspekt 5: Kommunikation und Interaktion mit Patient\*innen in der psychotherapeutischen Versorgung

Dieser Qualitätsaspekt wurde aus Sicht der BPtK bei der Ableitung von Qualitätsmerkmalen zu stark ausdifferenziert. Insbesondere die Qualitätsmerkmale 5.1 bis 5.3 und 5.4 bis 5.6 weisen jeweils starke inhaltliche Überlappungen auf und könnten in den Qualitätsmerkmalen „aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit der Patient\*in“ und „vertrauliche und ungestörte Atmosphäre“ zusammengefasst werden. Das Qualitätsmerkmal „Erläuterung von Fachausdrücken in einer patientenverständlichen Sprache“ greift einen sehr spezifischen Aspekt in der Kommunikation mit den Patient\*innen auf. Ob dieses Merkmal in dem QS-Verfahren gesondert erhoben werden muss, weil es einen besonders patientenrelevanten Aspekt des Versorgungsgeschehens adressiert, bei dem ein bedeutendes Qualitätsverbesserungspotenzial in der ambulanten Psychotherapie zu erwarten ist, sollte im weiteren Entwicklungsprozess nochmals geprüft werden.

### 3.6 Qualitätsaspekt 6: Gemeinsame Behandlungsplanung

Die vorgenommene Anpassung des Titels und der Beschreibung des Qualitätsmerkmals zur Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung ist sachgerecht und reflektiert, dass sich der Ansatz der gemeinsamen Entscheidungsfindung in der psychotherapeutischen Behandlung nicht auf das Angebot einer gemeinsamen Entscheidungsfindung und Behandlungsplanung begrenzen kann, sondern eine reale Beteiligung der Patient\*in unerlässlich ist. Das Merkmal der Möglichkeit zur thematischen Gestaltung kann dabei in diesem Qualitätsmerkmal aufgehen.

Die ersatzlose Streichung des Merkmals „Angebot zum Einbezug von Angehörigen“ ist auch aus Sicht der BPtK sachgerecht, da der Einbezug von Angehörigen nicht in allen Behandlungen und Fallkonstellationen indiziert ist und die Erfüllung dieses Merkmals somit nicht für alle Patient\*innen gefordert werden kann.

### 3.7 Qualitätsaspekt 7: Therapiezielvereinbarung

Das gemeinsame Klären der patientenindividuellen Ziele der psychotherapeutischen Behandlung ist ein zentraler Prozess zu Beginn einer Richtlinienpsychotherapie, der auch über eine Patientenbefragung sinnvoll adressiert werden kann. Bedeutsam ist dabei, dass in diesem Zuge dieses Klärungsprozesses die Therapieziele soweit konkretisiert werden, dass es für Patient\*in und Psychotherapeut\*in im Verlauf der Behandlung möglich wird zu beurteilen, inwieweit die individuellen Therapieziele erreicht worden sind. Bei der weiteren Konkretisierung dieses Qualitätsmerkmals für die Patientenbefragung ist darüber hinaus die Möglichkeit zu berücksichtigen, dass sich Therapieziele im Verlauf der Behandlung substantiell verändern, alte Therapieziele aufgegeben und neue vereinbart werden können.

### 3.8 Qualitätsaspekt 8: Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf

Die im Zuge der Beratungen durch das Expertengremium vorgenommene Präzisierung der Beschreibung des Qualitätsmerkmals des gemeinsamen Besprechens von patientenindividuellen Entwicklungen ist sachgerecht. Die Erfassung des Therapiefortschrittes und das Besprechen der patientenindividuellen Veränderungen sollten nicht nur auf Nachfrage durch die Patient\*innen erfolgen, sondern ggf. auch aktiv von den Psychotherapeut\*innen initiiert werden.

### 3.9 Qualitätsaspekt 9: Kooperation

Die Kooperation von Psychotherapeut\*innen mit anderen Leistungserbringer\*innen ist zum einen nicht in jedem Behandlungsfall erforderlich und zum anderen durch die nicht unmittelbar beteiligten Patient\*innen in vielen Fällen nicht hinreichend valide beurteilbar. Insofern ist es folgerichtig, dass das IQTIG in seinem Zwischenbericht vorsieht, dass dieser Qualitätsaspekt trotz seiner unbestrittenen Relevanz in dem geplanten QS-Verfahren nicht über die Datenquelle der Patientenbefragung adressiert werden soll.

### 3.10 Qualitätsaspekt 10: Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes

Für den Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“ hatte das IQTIG zunächst insbesondere auf Grundlage von Informationen aus den Fokusgruppen insgesamt fünf Qualitätsmerkmale abgeleitet. Im Kontext der Beratungen erfolgte dann eine Reduktion auf zwei Qualitätsmerkmale, da nach Einschätzung der Experten das Angebot zu Gesprächen nach Ende der Therapie und das Angebot des Ausschleichens der Therapie nicht für jede Patient\*in bzw. nicht für alle Diagnosen sinnvoll sei und somit das Kriterium der Diagnoseunabhängigkeit nicht erfüllt sei. Auch das Qualitätsmerkmal der Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten nach Ende der Therapie soll entfallen und in das Qualitätsmerkmal der Information zum Vorgehen in Notfallsituationen integriert werden.

Somit verbleiben für diesen Qualitätsaspekt das Merkmal der „Ankündigung der Abschlussphase der psychotherapeutischen Behandlung“ und das Merkmal „Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinienpsychotherapie“. Für das letztgenannte Qualitätsmerkmal sollte geprüft werden, ob die Information über Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten nach Ende der Richtlinienpsychotherapie nicht besser in dieses Qualitätsmerkmal integriert werden sollte. Gegen Ende einer psychotherapeutischen Behandlung ist es in aller Regel zielführend, mit den Patient\*innen ihre Fertigkeiten und Strategien im Umgang mit der Erkrankung, aber auch anderen relevanten Problemen und Anforderungen zu reflektieren und diese auf die wesentlichen Herausforderungen vorzubereiten. Hierzu kann auch die Nutzung von weiteren Behandlungs- oder Hilfsmöglichkeiten zählen, wenn eine Bewältigung der jeweiligen Lebensanforderungen ggf. ohne Unterstützung nicht ausreichend gelingt. Für die Patient\*innen geht es insofern nicht um allgemeine Informationen über mögliche Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten, die bereits zu Beginn oder im Verlauf der Behandlung gegeben werden können oder sollten, sondern um die für die individuelle Patient\*in geeigneten Unterstützungsangebote und Anlaufstellen bei Auftreten von Schwierigkeiten in der Bewältigung der jeweiligen Lebensanforderungen. Daher sollte geprüft werden, ob dieses Qualitätsmerkmal auch mit

Blick auf den geeigneten Befragungszeitpunkt nicht weiterhin besser als eigenes Merkmal des Qualitätsaspektes „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“ in der Patientenbefragung abgebildet werden sollte.

### 3.11 Qualitätsaspekt 11: Outcome

Für den Qualitätsaspekt „Outcome“ besteht die grundsätzliche Herausforderung, angesichts der Heterogenität der psychischen Erkrankungen, Problemlagen und Funktionsbeeinträchtigungen der in der ambulanten Psychotherapie behandelten Patient\*innen die Ableitung von diagnoseübergreifenden, für alle Patientengruppen relevanten Ergebnisparametern vorzunehmen. Den verschiedenen Outcome-Bereichen, wie sie im Zwischenbericht auch im Abschnitt 5.3 differenziert worden sind, kommt in psychotherapeutischen Behandlungen der individuellen Patient\*innen jeweils eine sehr unterschiedliche Bedeutung zu. Während für einige Patient\*innen die Verbesserung der Symptomatik im Vordergrund steht, gilt dies für andere Patient\*innen im Bereich der Verbesserung der Teilhabe, des sozialen Funktionsniveaus oder der verbesserten Bewältigungsmöglichkeiten im Umgang mit einer chronifizierten Erkrankung. Auch die im Zwischenbericht skizzierten Beratungen dieses Qualitätsaspekts illustrieren diese Problematik. So stellt die ursprüngliche Formulierung des Qualitätsmerkmals 11.1 „Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für den selbständigen Umgang mit der Erkrankung“ eine Engführung auf die Bewältigungsstrategien dar, die auf die Erkrankung selbst gerichtet sind. Über dieses Merkmal wären jedoch der erfolgreiche Erwerb von Bewältigungsstrategien im Umgang mit einer chronifizierten psychischen Erkrankung ebenso abzubilden wie auch Strategien im Umgang mit psychischen Belastungen, interpersonellen Problemen oder der Aufbau von Ressourcen und die Stärkung der Resilienz, die helfen können, erreichte Behandlungserfolge zu stabilisieren und weiter auszubauen.

Auch für das Qualitätsmerkmal der Verbesserung der Alltagsfunktionalität wurde im Expertengremium zu Recht darauf hingewiesen, dass die in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals angeführten Beispiele für viele Patient\*innen nicht zutreffend und damit das Merkmal ggf. auch nur begrenzt geeignet sein könnte, diagnoseübergreifend die Ergebnisqualität von psychotherapeutischen Behandlungen zu erfassen. Auch hinsichtlich der sozialen Teilhabe ist nicht für alle Patient\*innen davon auszugehen, dass die Verbesserung der Teilhabe an Arbeit und Beruf sowie an sozialen Beziehungen und sozialen Aktivitäten ein vorrangiges Behandlungsziel darstellt, da sie die soziale Teilhabe trotz der bestehenden psychischen Erkrankung auch vor Beginn der Behandlung aufrechterhalten konnten.

Für die Entwicklung der Patientenbefragung wird es daher von entscheidender Bedeutung sein, dass die patientenindividuellen Problemlagen und Therapieziele bei der Erfassung und Bewertung der Ergebnisqualität angemessene Berücksichtigung finden. Der Einsatz eines generischen Befragungsinstruments, das keine patientenindividuelle Gewichtung der jeweiligen Outcome-Dimension erlaubt, würde für das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie, das gerade auch im Vergleich zu anderen datengestützten QS-Verfahren des G-BA extrem heterogene Patientengruppen einschließen soll, zu keinen validen Indikatorergebnissen führen. Ein Einrichtungsvergleich bzw. die Prüfung von statistischen Auffälligkeiten im Vergleich zu einem Referenzbereich wäre unter diesen Voraussetzungen fachlich nicht angemessen. Der Befragung dieser Ergebnisdimensionen müsste daher zum Beispiel die Frage vorgeschaltet werden, ob relevante Einschränkungen und Belastungen aufgrund der psychischen Erkrankung zu Beginn der Behandlung bestanden und ob die Verbesserung dieser Outcome-Dimensionen für die Patient\*in ein wichtiges Ziel der Behandlung war. Darüber hinaus ist eine angemessene Risikoadjustierung für die zu diesen Qualitätsmerkmalen zu entwickelnden Qualitätsindikatoren unerlässlich. Zu berücksichtigen ist dabei, dass bestimmte relevante Einflussfaktoren, wie zum Beispiel Diagnosen, psychische Komorbiditäten, Schweregrad der Funktionsbeeinträchtigung, Vorbehandlungen im Rahmen einer Patientenbefragung nicht oder nur eingeschränkt erfasst werden können. Auch unter Berücksichtigung der weiteren beschriebenen Limitationen der Patientenbefragung in einem QS-Verfahren ambulante Psychotherapie sollte daher geprüft werden, ob die zu entwickelnden Indikatoren des Qualitätsaspekts „Outcome“ sinnvollerweise nicht als Qualitätsindikatoren zur Identifikation von Auffälligkeiten genutzt, sondern den Leistungserbringer\*innen vornehmlich als Kennzahlen zur Verwendung im Rahmen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements rückgespiegelt werden sollten. In diesem Fall könnte dann auch von einer unsachgemäßen Aggregation aller in einer Einrichtung mit Richtlinienpsychotherapie behandelten Patient\*innen für jede Outcome-Dimension abgesehen werden, die lediglich der Maximierung der Fallzahlen je Indikator dient, ohne die Heterogenität der Patient\*innen und deren Behandlungsziele auch nur annähernd zu berücksichtigen. Damit würde sich der Fokus der Patientenbefragung zum Outcome verlagern in dem Sinne, dass nicht mehr die Identifikation von einzelnen wenigen Leistungserbringer\*innen im Vordergrund steht, bei denen im Rahmen der nur sehr begrenzt möglichen Risikoadjustierung eine statistische Auffälligkeit für einen Outcome-Bereich festgestellt wird, sondern allen Leistungserbringer\*innen differenziert potenziell relevante Informationen zur Reflektion des Behandlungsgeschehens in der eigenen Praxis rückgespiegelt werden, die aber nicht dem Anspruch verbunden sind, dass sie valide statistische Auffälligkeiten aufzeigen. Im Ergebnis könnten daraus dann sinnvolle Impulse für echte Qualitätsförderung aus der Eigenmotivation der Leistungserbringer\*innen erwachsen und den vornehmlich punitiven Ansatz, der auf die Identifikation

von wenigen Leistungserbringer\*innen mit statistischer Auffälligkeit zielt, in den Hintergrund treten lassen. Dies erscheint auch unter dem Gesichtspunkt einer Kosten-Nutzen-Betrachtung zielführender für ein QS-Verfahren, an dem circa 28.000 Leistungserbringer\*innen und – bei der zu erwartenden Vollerhebung – über eine Million Patient\*innen teilnehmen sollen.



# Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.

- Der Vorstand -

DÄVT c/o Schön Klinik Roseneck, Am Roseneck 6, 83209 Prien

Prien, 14.04.2020

## Stellungnahme der DÄVT zum Zwischenbericht des IQTIG zur Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Leider war es uns aufgrund äußerer Umstände nicht möglich, eine eigene Stellungnahme zum derzeitigen Stand der Entwicklung der Patientenbefragung zu erarbeiten. Uns liegt aber die Stellungnahme der DGPPN vor, die aus unserer Sicht sehr fundiert ist und die wir hiermit vollumfänglich unterstützen möchten.

Hinzuzufügen ist aus unserer Sicht nur noch, dass in der Aufzählung der in der ambulanten Psychotherapie behandelten Krankheitsbilder Patienten mit schweren somatischen Erkrankungen (z. B. Psychoonkologie etc.), die zusätzlich zur somatischen Behandlung auch eine psychotherapeutische Unterstützung benötigen, fehlen.



Dr. med. Beate Deckert  
Präsidentin

### Präsidentin

Dr. med. Beate Deckert  
[Redacted]

### 1. Vizepräsident

Dr. med. Wolfgang Engelhardt  
[Redacted]

### 2. Vizepräsidentin

Dr. med. Stephanie Backmund-Abedinpour  
[Redacted]

### Schatzmeister

Dr. med. Christian Ehrig  
Klinik St. Irmingard  
Fachabteilung für Psychosomatik  
und Psychotherapie  
Osternacher Str. 103  
83209 Prien am Chiemsee  
[Redacted]

### Beisitzer

Dr. med. Christian Algermissen  
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und  
Psychosomatik  
Harzlinikum Dorothea Christiane Erleben GmbH  
Thiestr. 7-10  
38889 Blankenburg  
[Redacted]

### DÄVT-Sekretariat

Deutsche Ärztliche Gesellschaft  
für Verhaltenstherapie DÄVT  
c/o Manuela Ruhstorfer  
Schön Klinik Roseneck  
Am Roseneck 6  
83209 Prien am Chiemsee  
Tel. 08051/68100172  
Fax 08051/68100123  
E-Mail: info@daevt.de

### Bankverbindung:

Merkur Privatbank  
IBAN: DE98 790320380047526009  
BIC: BSHADE71

Eingetragen im Vereinsregister beim  
Amtsgericht Hannover  
VR 100645  
Steuernummer: 143/212/51006

## **Stellungnahme zum Zwischenbericht vom 02.03.2020 zur**

### **Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter**

#### **erarbeitet durch die Gemeinsame Kommission Psychotherapie**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) im Mai 2018 mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten eines einrichtungsübergreifenden, sektorspezifischen Qualitätssicherungsverfahrens inklusive Patientenbefragung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (abgekürzt mit „QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie“) beauftragt. Es soll ein entsprechendes QS-Verfahren zur Messung und vergleichenden Darstellung der Prozess- und – soweit sachgerecht abbildbar – der Ergebnisqualität für die Qualitätsförderung entwickelt werden. Das QS-Verfahren soll unabhängig von der spezifischen Diagnose der Patientinnen und Patienten sowie unabhängig vom angewandten psychotherapeutischen Verfahren **Erwachsene** erfassen, die im Rahmen einer Richtlinienpsychotherapie von ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Kurz- oder Langzeittherapie behandelt werden.

Gesetzliche Grundlage dazu sollen § 135a SGB V (Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung) und § 136 (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung) sein.

Zum Zeitpunkt der Beauftragung des G-BA 2018 wurde für ambulante Richtlinien Therapien noch das Gutachterverfahren nach §92 SGBV als u.a. qualitätssichernde Maßnahme durchgeführt. Es bleibt offen, ob der vorliegende Forschungsauftrag zur Entwicklung einer Patientenbefragung noch in Ergänzung zum Gutachterverfahren vorgesehen war, oder schon auf die neuen gesetzlichen Regelungen im § 92 Abs. 6a Satz 6 des SGB V und des §136 (2a) hinzielte. Im vorliegenden Konzept haben diese gesetzlichen Änderungen jedenfalls noch keine Berücksichtigung gefunden.

Das wird auch daran deutlich, dass der vorliegende Entwurf nur für ambulante psychotherapeutische Leistungen und Richtlinien Therapien laut Psychotherapie-Richtlinie mit Erwachsenen konzipiert ist und nur für Einzeltherapie. Gruppentherapien und Kombinationsbehandlungen finden keine Berücksichtigung, ebenso nicht das gerade neu in der Psychotherapie-Richtlinie aufgenommene Verfahren der Systemischen Therapie.

Zusätzlich wird noch eine weitere Einschränkung der Zielgruppe der erwachsenen Patienten vorgenommen, indem nur Erwachsene ab 18 Jahren, die von Psychotherapeuten mit Qualifikation für die Behandlung von Erwachsenen behandelt werden, berücksichtigt werden sollen.

In Punkt 1.2 des Dokuments wird dazu näher erläutert:

*Als Zielgruppe des Verfahrens werden gesetzlich krankenversicherte Erwachsene (ab 18 Jahren) benannt. 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. Aufgrund der Besonderheiten dieser Konstellationen und vor dem Hintergrund der speziellen Ausrichtung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie werden diese Fälle bei der Entwicklung des QS-Verfahrens und somit auch bei der Entwicklung der Patientenbefragung nicht berücksichtigt. Daher wurde bereits das Qualitätsmodell, das den Rahmen für die Entwicklung des QS-Verfahrens bildet, explizit für die Erwachsenentherapie abgeleitet. Der Fokus liegt folglich ausschließlich auf der Erwachsenentherapie.*

Leider wird hier §1 Abs. 4 der Psychotherapie-Richtlinie falsch zitiert! Patienten und Patientinnen können nicht „bis zu einem Alter von 21 Jahren, wenn zuvor eine mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie begonnene psychotherapeutische Behandlung erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann“ von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -therapeutinnen behandelt werden, sondern der §1 Abs. 4 der Psychotherapie-Richtlinie sagt in Satz 1 und 2:

*§1(4) 1Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist ausnahmsweise auch dann zulässig, wenn zur Sicherung des Therapieerfolgs bei Jugendlichen eine vorher mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie begonnene psychotherapeutische Behandlung erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann.*

Damit ist in der Psychotherapie-Richtlinie der „Jugendliche“ bis zum Alter des vollendeten 21. Lebensjahres definiert, was bedeutet, dass diese Altersgruppe regelhaft und nicht nur in Ausnahmefällen von Kinder- und Jugend(lichen)psychotherapeuten behandelt wird und nur der Ausnahmefall über das 21. Lebensjahr hinaus zur Sicherung des zuvor eingetretenen Therapieerfolgs besonders begründet werden muss – z. B. im Gutachterverfahren.

Wenn also im vorliegenden Konzept Patienten und Patientinnen der Altersgruppe zwischen 18 und 21 Jahren nur von Erwachsenentherapeuten befragt werden sollen, wird diese Altersgruppe deutlich unterrepräsentiert sein und das Vorgehen entspräche nicht der ambulanten Versorgungsrealität. Eine ausschließliche Befragung der Erwachsenentherapeuten würde für die Altersgruppe der 18 - bis 21-jährigen Patientinnen und Patienten ein nicht repräsentatives Bild ergeben. Es wäre konsequenter dann erst Patienten ab dem 21. Lebensjahr zu befragen, wenn die Beschränkung auf die Erwachsenentherapie beibehalten werden sollte.

Obwohl die von unserer Fachgruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie behandelten Patientinnen und Patienten nach dem vorliegenden Entwurf nicht befragt werden sollen, möchten wir vor dem Hintergrund der geplanten qualitätssichernden Maßnahmen laut §92 und §136a SGB V nach 2022 einige inhaltliche Anmerkungen zum dargestellten Qualitätsmodell mit Qualitätsaspekten und Qualitätsmerkmalen für die Patientenbefragung machen. Diese werden als eine von drei Grundlagen der zu entwickelnden Qualitätsindikatoren dargestellt – neben den noch zu erfragenden Qualitätsindikatoren auf Basis einer Qualitäts-Dokumentation der Therapeuten und Sozialdaten von Krankenkassen.

Die entwickelten Qualitätsaspekte und -merkmale erscheinen aufgrund wissenschaftlicher Ergebnisse und der Expertise verschiedener Fokusgruppen und Experten differenziert erarbeitet und entsprechen weitgehend der täglichen Praxis der Arbeit der

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit ihren Patientinnen und Patienten und wesentlichen Aspekten des Gutachterverfahrens. Allerdings ist zu befürchten, dass ein auf der Basis des vorgestellten Qualitätsmodells noch zu entwickelnder Fragebogen an Patienten und Patientinnen für die ambulante Praxis in der Versorgung viel zu umfangreich werden könnte. Es bleibt offen, welche Anzahl von Fragen oder Qualitätsindikatoren aufgrund der dargestellten Qualitätsmerkmale zu erwarten ist und wie praktikabel eine Umsetzbarkeit in der Praxis sein könnte. Auch wird nicht deutlich zu welchen Zeitpunkten der Therapie die Fragebögen mit Patienten und Patientinnen eingesetzt werden sollen, wobei der Zeitpunkt abhängig vom Therapieprozess und -fortschritt großen Einfluss auf die Ergebnisse haben kann, da das Erinnerungsvermögen der Patienten begrenzt ist.

Eine im vorliegenden Entwurf vorgesehene Nutzung der Aussagen von Patienten in der ambulanten Versorgung zur Beurteilung der Arbeit einzelner Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen und zum Vergleich dieser untereinander lehnen wir aus methodischen Gründen strikt ab. Das könnte dazu führen, dass schwer kranke Patientinnen und Patienten mit komplexen Störungen, welche nur langsame Therapiefortschritte machen und entsprechend weniger Erfolg beim Therapeuten sehen, weniger Chancen auf Therapieplätze hätten als gesündere Patienten mit guter Beziehungsfähigkeit, Compliance und schnelleren Erfolgen in Therapien, da Therapeuten sonst negative Bewertungen oder sogar Sanktionen befürchten müssten.

Um den aktuellen Gesetzesvorgaben des SGB V mit dem Ersatz des Gutachterverfahrens durch qualitätssichernde Maßnahmen nach 2022 Genüge zu tun, müssten zusätzlich zu dem hier vorgelegten Instrument außerdem Qualitätsindikatoren für Gruppen- und Kombinationstherapien mit Erwachsenen, für Systemische Therapie mit Erwachsenen (auch im Mehrpersonensetting) und für Kinder mit ihren Bezugspersonen und für Jugendliche mit Bezugspersonen in allen Settings und Verfahren entwickelt werden und mit entsprechenden Fragebogen evaluiert werden. Dabei weisen wir vor allem darauf hin, dass die Entwicklung der Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen und ihre Bezugspersonen nicht einfach übertragen, sondern mit ebensolcher Sorgfalt und Expertise der Patienten- und Expertengruppen durchgeführt werden muss wie bei Erwachsenen.

Berlin, 14. April 2020

**Kontakt:**

DGKJP Geschäftsstelle

Reinhardtstr. 27B

10117 Berlin

E [geschaeftsstelle@dgkjp.de](mailto:geschaeftsstelle@dgkjp.de)

## Stellungnahme

09. April 2020

Geschäftsstelle DGPPN e.V.  
Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin  
TEL 030 2404772-0 | FAX 030 2404772-29  
sekretariat@dgppn.de  
[WWW.DGPPN.DE](http://WWW.DGPPN.DE)

## Stellungnahme der DGPPN zum Zwischenbericht des IQTIG zur Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Vorausschickend ist festzuhalten, dass in dem vorliegenden IQTIG-Zwischenbericht nur ein Teil der Fragestellung aus dem Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) abgearbeitet wird und dass daher eine abschließende Stellungnahme nicht möglich ist. Der vorliegende Zwischenbericht behandelt ausschließlich den Stand der Entwicklung einer Patientenbefragung zu Qualitätsmerkmalen der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung. Die weiteren Bestandteile des G-BA-Auftrags, nämlich Erarbeitung eines Qualitätsmodells für das gesamte Qualitätssicherungsverfahren und Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf der Basis dieses Modells mit einem kompakten Instrument, das beim Leistungserbringer eingesetzt werden kann, werden nicht dargestellt.

Die DGPPN stellt fest, dass die in diesem ausführlichen Papier angewandte Methodik zur Entwicklung von Qualitätsmerkmalen für die Entwicklung eines Patientenfragebogens sorgfältig und nach methodisch einwandfreien Standards durchgeführt ist und auch nachvollziehbar darüber berichtet wird. Allerdings handelt es sich auch hinsichtlich des Patientenfragebogens nur um methodische Vorüberlegungen und Vorarbeiten, ein ausgearbeiteter Fragebogen selbst liegt noch nicht vor.

Grundsätzlich scheint es aus Sicht der DGPPN erstrebenswert, auch die ambulante Psychotherapie bezüglich ihrer Qualität systematisch und fortlaufend zu erfassen, um für ambulante Psychotherapie in Anspruch nehmende Patienten eine optimale Qualität nach aktuellem Stand der Wissenschaft anzubieten. Allerdings liegen in diesem Vorhaben ganz erhebliche methodische Probleme, von denen die DGPPN hier einige ansprechen möchte:

### VORSTAND

Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz  
PRÄSIDENT

Prof. Dr. med. Arno Deister  
PAST PRESIDENT

Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer  
PRESIDENT ELECT

Prof. Dr. med. Martin Driessen  
Prof. Dr. med. Andreas J. Fallgatter  
Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank  
Dr. med. Iris Hauth  
Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz  
Prof. Dr. med. Frank Jessen  
Dr. med. Christian Kieser  
Dr. med. Sabine Köhler

Dr. med. Andreas Küthmann, *Kassenführer*  
Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg  
Prof. Dr. med. Jürgen L. Müller  
Prof. Dr. med. Andreas Reif  
Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller  
Dr. med. Christa Roth-Sackenheim  
Prof. Dr. med. Rainer Rupprecht

HYPOVEREINSBANK MÜNCHEN  
IBAN DE58 7002 0270 0000 5095 11  
BIC HYVEDEMMXXX  
VR 26854 B, Amtsgericht Berlin-Charlottenburg

UST-ID-NUMMER  
DE251077969

1. Eine zu starke Fokussierung auf die Einschätzung der Patienten bezüglich der von ihnen erhaltenen Psychotherapie ist aus mindestens aus zwei Gründen kritisch zu sehen:
  - a) Eine erfolgreiche Psychotherapie hat auch die Aufgabe, kritische Themen im Lebensumfeld der Patienten zu bearbeiten, was naturgemäß von den Patienten nicht immer als angenehm erlebt wird. Eine zu starke Gewichtung auf die Patientenbewertung könnte dazu führen, dass Psychotherapeuten sich aus Angst vor negativen Bewertungen mit entsprechenden Konsequenzen scheuen, kritische Themen in der Psychotherapie zu adressieren, was wiederum zu einem Qualitätsverlust führen könnte.
  - b) Die Erkrankungen, bei denen eine Psychotherapie nach entsprechenden Behandlungsleitlinien indiziert ist, unterscheiden sich sowohl im Schweregrad als auch im Ausmaß ihrer therapeutischen Beeinflussbarkeit durch Psychotherapie. Eine zu starke Gewichtung des mit Outcome-Skalen messbaren störungsspezifischen Behandlungserfolges könnte dazu führen, dass ambulante Psychotherapeuten in der Auswahl der Patienten relativ einfach und erfolgreich zu behandelnde Erkrankungsgruppen, wie zum Beispiel Angststörungen und Depressionen, bevorzugen, um möglichst gute Ergebnisse zu erzielen. Dies würde zu einer systematischen Benachteiligung von schwerer erkrankten und schwerer zu behandelnden Patientengruppen führen, wie zum Beispiel Patienten mit Schizophrenien, Suchterkrankungen, (Borderline-) Persönlichkeitsstörungen, Zwangsstörungen oder schweren Essstörungen, die besonders dringend eine qualifizierte ambulante psychotherapeutische Behandlung benötigen.
2. Methodische Probleme:
  - a) Ein im Zwischenbericht angesprochenes aber weiterhin ungelöstes Problem ist die Tatsache, dass viele ambulante ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sehr wenige Patienten behandeln (durchschnittlich etwa 50 im Quartal gegenüber 700 im Quartal bei einem niedergelassenen Psychiater), was natürlich statistische Probleme in der Auswertung bedeutet, zumal sich die wenigen Patienten dann noch auf verschiedene Erkrankungsgruppen aufteilen.
  - b) Beurteilung von Therapieverläufen und Outcome-Parametern: Hierzu ist die gleiche Messung zu zwei Messzeitpunkten notwendig, zum Beispiel zu Beginn und am Ende der jeweiligen Behandlung. Das erfordert eine gut durchdachte Anpassung der Instrumente an die jeweiligen Therapieziele und therapeutischen Strategien, die bisher noch nicht ausgearbeitet ist.
  - c) Ein zu entwickelnder Patientenfragebogen müsste selbstverständlich nach den wissenschaftlichen Qualitätsanforderungen an einen psychologischen Test auf Objektivität, Reliabilität und Validität entwickelt werden und diese Kriterien müssten auch vor der Anwendung experimentell überprüft werden.

3. Bürokratischer Aufwand:

Auch der bürokratische Aufwand durch ein solches Qualitätssicherungsverfahren ist zu bedenken. Qualitätssicherungsinstrumente sollten so entwickelt und implementiert werden, dass sich der zusätzliche bürokratische und Dokumentationsaufwand sowohl für die Patienten als auch für die Psychotherapeuten in akzeptablen Grenzen hält.

4. Auswahl der zu untersuchenden Patientengruppen und Therapieverfahren:

Eine weitere Einschränkung besteht darin, dass in dem vorliegenden Zwischenbericht ausschließlich ambulante Einzel-Psychotherapien bei Erwachsenen thematisiert werden. Psychotherapien bei Kindern oder auch Gruppenpsychotherapien werden nicht berücksichtigt. Auch die systemische Psychotherapie ist noch nicht adressiert.

Zusammenfassend unterstützt die DGPPN prinzipiell das Anliegen, die Qualität einer ambulanten Psychotherapie systematisch zu überprüfen. Die oben beispielhaft ausgeführten Punkte sollten bei der weiteren Bearbeitung berücksichtigt werden. Der vorliegende Zwischenbericht umfasst allerdings nur einen kleinen Teil des Gesamtauftrags an das IQTIG, sodass keine abschließende Bewertung erfolgen kann. Es liegt zudem eine Fülle von methodischen und prinzipiellen Einschränkungen vor. Es ist unabdingbar, eine nochmalige Bewertung nach Abschluss des Gesamtauftrags und vor dessen Einführung bei den angefragten Fachgesellschaften und Verbänden einzuholen.

**Korrespondenzadresse**

Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz  
Präsident DGPPN  
Reinhardtstr. 27b  
10117 Berlin  
Telefon: 030 240 4772 0  
E-Mail: [praesident@dgppn.de](mailto:praesident@dgppn.de)

**Stellungnahme**  
**der DGPT (Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse,**  
**Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie)**

**zum Zwischenbericht des IQTIG zur Entwicklung einer Patientenbefragung für**  
**das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen**  
**Versorgung**

Einleitend stellen wir nach gründlicher Durcharbeitung des Zwischenberichtes des IQTIG zur Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung (im Weiteren kurz „Zwischenbericht“) fest, dass der vorliegende Zwischenbericht für eine qualifizierte Stellungnahme zu einem Qualitätssicherungsverfahren nicht geeignet erscheint.

Im Zwischenbericht werden zwar zahlreiche methodische Probleme differenziert benannt, Lösungsmöglichkeiten jedoch nicht einmal im Ansatz diskutiert. Die sachgerechte Lösung dieser methodischen Probleme ist jedoch unbedingt erforderlich, ehe auch nur der aktuelle Stand der Entwicklung der Patientenbefragung (Gegenstand des Zwischenberichtes) beurteilt werden kann. Dies gilt umso mehr für das gesamte zu entwickelnde QS-Verfahren.

Obwohl eine seriöse fachliche und sachliche Kommentierung durch die Vorlegung eines in wesentlichen Punkten unvollständigen Dokuments unmöglich gemacht wurde und wir das Procedere eines Abschlussberichtes, der dann nicht weiter kommentiert werden soll, in erheblichem Maße als demokratisch fragwürdig erachten, möchten wir im Folgenden auf einige Punkte eingehen:

**Voraussetzungen und Auftrag**

Bereits im Mai 2018 wurde das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten eines einrichtungsübergreifenden, sektorspezifischen Qualitätssicherungsverfahrens inklusive Patientenbefragung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter (abgekürzt mit „QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie“) beauftragt.

Ausgehend von den Ergebnissen der Konzeptskizze des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA-Institut) soll ein entsprechendes QS-Verfahren zur Messung und vergleichenden Darstellung der **Prozess- und der Ergebnisqualität** für die Qualitätsförderung entwickelt werden.

Das QS-Verfahren soll **unabhängig von der spezifischen Diagnose der Patientinnen und Patienten sowie unabhängig vom angewandten psychotherapeutischen Verfahren** Erwachsene, die im Rahmen einer Richtlinien-Psychotherapie von ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Kurz- oder Langzeittherapie behandelt werden, erfassen.



Bestandteil des Auftrages ist 1. **die Erarbeitung eines Qualitätsmodells** für das gesamte QS-Verfahren mit Überprüfung und Aktualisierung der vom AQUA-Institut definierten Qualitätspotenziale und Versorgungsziele vor dem Hintergrund der Psychotherapie-Richtlinie vom Februar 2017, sowie einer Einschätzung zu den Voraussetzungen für eine mögliche Umsetzung des QS-Verfahrens.

Auf der Basis dieses Qualitätsmodells sollen 2. **Qualitätsindikatoren** entwickelt werden, mit einem kompakten, fokussierten und fallbezogenen Instrument, das beim Leistungserbringer eingesetzt werden kann (QS-Dokumentation der Leistungserbringer und/oder Sozialdaten bei den Krankenkassen).

Schließlich sollen 3. **Qualitätsindikatoren zur Abbildung der Patientenperspektive (Patientenbefragung)** entwickelt werden.

### **Aktueller Zwischenbericht des IQTIG**

Inzwischen hat das IQTIG, nach diversen Fokus- und Expertensitzungen, einen Zwischenbericht herausgegeben, der den aktuellen Stand der Entwicklung der Patientenbefragung, welche auf dem Qualitätsmodell basiert, darstellt. (Dieses Qualitätsmodell liegt dem G-BA als Zwischenbericht vom 28. Februar 2019 vor.)

Dieser Zwischenbericht kann nun von Experten, Verbänden und anderen Fachgremien kommentiert werden, während zu dem späteren Abschlussbericht keine modifizierenden Stellungnahmen mehr vorgesehen sind.

**Vier Entwicklungsbestandteile der Patientenbefragung** werden definiert (Punkte 2-4):

1. Entwicklung und Validierung eines Befragungsinstrumentes zur Abbildung der Patientenperspektive
2. Prüfung des Nutzens eines längeren Beobachtungszeitraums
3. Erstellung eines Umsetzungskonzeptes (Befragungszeitpunkt, Auslösung, Zeitpunkt der Doku beim Leistungserbringer, Datenfluss und Stichprobenkonzept)
4. Erstellung eines Auswertungskonzeptes

Von den vier Entwicklungsbestandteilen wurde bisher nur der erste in noch unvollständiger Form realisiert. Wie einleitend festgestellt, ist aber eine sinnvolle und sachgerechte Lösung der methodischen Probleme unabdingbar, um die Machbarkeit der Patientenbefragung beurteilen zu können.

### **Zielgruppe und Differenzierung der Leistungserbringer**

Der im Zwischenbericht beschriebene Entwurf ist **ausschließlich für ambulante Einzeltherapien (Erwachsene)** in der Richtlinien-Psychotherapie gedacht, dabei **nur für Verhaltenstherapie und Psychodynamische Verfahren**.

Die Berücksichtigung der Systemischen Therapie fehlt. Diese würde mit der Einführung des Mehrpersonensettings z.T. andere Anforderungen an eine Qualitätssicherung stellen.

Es wird deutlich, dass nicht nur die Qualität einer Psychotherapie eines definierten Patienten, sondern insbesondere die Qualität eines Psychotherapeuten erhoben werden soll. Im Gegensatz zu den anonymisierten Patientenantworten sollen die Therapeuten identifizierbar sein.

Wir begrüßen, dass auch die Patientenperspektive in die Bewertung von Psychotherapie einbezogen wird, halten jedoch die im Zwischenbericht vorgelegten Modi für ungeeignet und ergänzungsbedürftig. Insbesondere lehnen wir die isolierte Verwendung der Aussagen von Patienten zur Beurteilung der Arbeit einzelner Psychotherapeuten und zum Vergleich derselben miteinander ab; wir halten dies für versorgungsgefährdend, vor allem für schwer kranke Patienten mit komplexen Störungen, welche nur langsame Therapiefortschritte machen-

### **Parameter des QS-Verfahrens**

Im Zwischenbericht erfolgen ausschließlich Skizzierungen (Vorüberlegungen) zur Entwicklung eines QS-Verfahrens. Unbestimmt bleiben das zu entwickelnde Instrument, der Beobachtungszeitraum, Anzahl von Indikatoren, Datenfeldern und Fragebögen, das Umsetzungs- und Auswertungskonzept, das Qualitätsmodell bzw. das Instrument zur Erhebung von Daten beim Leistungserbringer.

Die DGPT kann zu diesen Parametern deshalb derzeit keine Stellung nehmen und keine Einordnung der Überlegungen in ein Qualitätssicherungskonzept vornehmen.

### **Qualitätsmerkmale**

Im Zwischenbericht werden unter 11 Qualitätsaspekten (QA) insgesamt 30 Qualitätsmerkmale (QM) aufgeführt. Es fällt auf, dass zahlreiche der genannten Inhalte bereits in der Patienteninformation (PTV 10), die jedem Patienten nach der Psychotherapeutischen Sprechstunde ausgehändigt wird, abgehandelt werden. Sie fragen ferner teilweise Themen ab, die Vorgaben der Berufsordnung (Information, Aufklärung, Einwilligung) sind. Darüber hinaus sind die QMs teilweise redundant und detailliert, häufig eher formal, jedoch werden relevante Inhalte nicht erfragt.

Die DGPT stellt fest, dass zum Thema „Therapeutische Beziehung“, das ein zentraler Bestandteil der Qualität von Psychotherapie ist, ein geeignetes Merkmal fehlt, uns aber in Hinblick auf die Prozessqualität als zentraler Aspekt der Qualitätssicherung als unabdingbar erscheint.

Im Zwischenbericht wird nicht beschrieben, wie die Qualitätsmerkmale in konkrete Items des Fragebogens umgesetzt werden sollen, ob und wenn ja welche Auswahl getroffen werden soll.

Es zeichnet sich jetzt bereits ab, dass die erhobene Datenmenge äußerst umfangreich ist, allerdings die Darstellung eines Konzeptes der Rückkopplung mit den Behandlern, die beurteilt werden sollen, fehlt.

### **Methodische Herausforderungen**

Im Zwischenbericht werden vom IQTIG zahlreiche, zum Teil gravierende methodische Probleme und Unklarheiten angesprochen, ohne dass es dafür Lösungsvorschläge gäbe. Diese methodischen Probleme erschweren jedoch eine valide Beurteilung der Qualität der Psychotherapie durch einen Psychotherapeuten.

## **Geringe Fallzahl**

Da die Ergebnisse der Befragung auf den individuellen Therapeuten bezogen werden und automatisiert in QS-Maßnahmen münden sollen, ist die geringe Fallzahl des durchschnittlichen Psychotherapeuten von hoher methodischer Relevanz.

Bei bestimmten Patientengruppen und Krankheitsbildern ist eine Symptombesserung deutlich schneller zu erreichen als bei anderen. Patienten unterscheiden sich ferner erheblich in weiteren Parametern (z.B. Konzentrationsfähigkeit; Erinnerungsvermögen; Verlässlichkeit; Ernsthaftigkeit; Fähigkeit, wertschätzendes Verhalten wahrzunehmen; Therapieziele definieren zu können; Beziehungsfähigkeit).

Angesichts der eher kleinen Fallzahlen eines Psychotherapeuten mitteln sich diese Effekte nicht aus, ferner haben sich Psychotherapeuten in einem Schwerpunkt u.U. spezialisiert auf bestimmte schwer zu behandelnde Patientengruppen. Um hier adäquat zu messen, bedarf es eines empirisch validen Konzeptes der Risikoadjustierung.

Auch bei den anderen Qualitätsmerkmalen, die ein Erinnern der Situation erforderlich machen, spielen o.g. Patientenfaktoren eine große Rolle.

## **Erinnerungs- und Befragungszeitraum**

Ausführlich wird die Problematik dargestellt, valide Daten von Patienten zu erheben, da Erinnerung - Befragungszeitraum – Abrufbarkeit von Fakten aus dem Gedächtnis in einem komplexen Zusammenhang stehen und die Erinnerbarkeit einen relevanten Faktor für die Validität der Befragungsergebnisse darstelle. Somit müssen mit der Wahl des Befragungszeitpunkts (und mit der Formulierung der Items) optimale Bedingungen für die Abrufbarkeit geschaffen werden. Die Komplexität der Beeinflussung der Erinnerung wird dargestellt und die Frage aufgeworfen, ob es ein- oder mehrmalige Follow-up-Befragungen geben soll.

## **Erfassung von Ergebnisqualität**

Im Rahmen der Entwicklung des QS-Verfahrens soll gemäß Beauftragung auch geprüft werden, inwiefern Aspekte der Ergebnisqualität sachgerecht erfasst werden können. Im Zwischenbericht werden hierzu die mannigfaltigen methodischen Probleme benannt, ohne Lösungen darzustellen.

Um eine valide Aussage über Therapieverläufe und den Outcome machen zu können, spielen die Messzeitpunkte eine wichtige Rolle. Diese müssen angepasst werden an die Länge der Therapie, die u.a. von den Therapiezielen und therapeutischen Strategien bestimmt wird. Bei der Beurteilung des Outcomes ist sowohl eine Risikoadjustierung zu beachten sowie die aus der Psychotherapieforschung resultierende Beobachtung der geringen Varianzaufklärung des vom Therapeuten beeinflussten Psychotherapie-Outcomes.

Die DGPT stellt insbesondere fest, dass eine Katamnese erforderlich wäre, um ein Therapieergebnis relevant zu beurteilen.

### **Zusammenfassung:**

In der Beschreibung des Auftrages an das IQTIG heißt es: „...wurde das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten eines einrichtungsübergreifenden, sektorspezifischen Qualitätssicherungsverfahrens inklusive Patientenbefragung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (abgekürzt mit „QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie*“) beauftragt.“

Im Zwischenbericht auf S. 12 heißt es: „Gegenstand des vorliegenden Zwischenberichts ist der aktuelle Stand der Entwicklung der Patientenbefragung.“

**Die DGPT stellt eine enorme Diskrepanz zwischen Auftrag und vorgelegtem Material fest. Es bestehen erhebliche Zweifel, dass durch die vorgelegten Instrumente Ergebnisqualität von Psychotherapien abgebildet werden kann.**

**Die dargestellten methodischen Probleme müssen befriedigend gelöst werden, um eine Beurteilung überhaupt zu ermöglichen.**

**Wir stellen ein unangemessenes Verhältnis von Aufwand und Nutzen für Patienten und Therapeuten fest.**

**Wir halten den vorliegenden Zwischenbericht für unzureichend, um eine abschließende Beurteilung zu ermöglichen.**

**Wir halten die im Entwurf erahnbare Patientenbefragung allenfalls für die Kurzzeittherapie für relevant. Möglicherweise kann in einer Pilotphase anhand der Kurzzeittherapie die Patientenbefragung erprobt werden.**

### **Forderung:**

**Wir fordern die Öffnung des zu erwartenden Abschlussberichtes für erneute Stellungnahmen.**

Der Geschäftsführende Vorstand der DGPT

DGPM e.V. • Jägerstr. 51 • 10117 Berlin

Per E-Mail an

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

In Kopie an [s-iqtig@awmf.org](mailto:s-iqtig@awmf.org)

14.04.2020

## Stellungnahme der DGPM zum Zwischenbericht des IQTIG zur Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Das IQTIG legt einen Zwischenbericht zur Entwicklung einer Patientenbefragung vor, der der Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter dienen soll. Das Qualitätssicherungsverfahren soll unabhängig von der spezifischen Diagnose und vom angewandten psychotherapeutischen Verfahren bei Erwachsenen, die in einer Kurz- oder Langzeit-Richtlinienpsychotherapie behandelt werden, die Struktur- und Prozessqualität sowie Outcome der ambulanten Psychotherapie erfassen.

Das IQTIG wurde vom G-BA mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten eines einrichtungübergreifenden, sektorenspezifischen Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung beauftragt. Dabei umfasst der Auftrag

- die Erarbeitung eines Qualitätsmodells für das gesamte QS-Verfahren,
- die Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis des Qualitätsmodells mit einem kompakten Instrument, das beim Leistungserbringer eingesetzt werden kann, sowie
- die Entwicklung von Qualitätsindikatoren zur Abbildung der Patientenperspektive (Patientenbefragung).

Für die Abbildung der Patientenperspektive und die Entwicklung der Patientenbefragung werden vier Entwicklungsbestandteile definiert:

- Die Entwicklung und Validierung eines Befragungsinstrumentes,
- die Prüfung des Nutzens eines längeren Beobachtungszeitraums,
- die Erstellung eines Umsetzungskonzepts und
- die Erstellung eines Auswertungskonzepts.

### 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

#### Stellvertretende Vorsitzende

Dr. med. Gerhard Hildenbrand  
Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Klinikum Lüdenscheid Paulmannshöher Str. 14, 58515 Lüdenscheid  
Tel.: 02351 462730, Fax: 02351 462735

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

#### Beisitzer

Dr. med. Götz Berberich  
Psychosomatische Klinik Windach  
Schützenstraße 100, 86949 Windach  
Tel.: 08193 72802, Fax: 08193 7225802

Bernd Bergander  
Praxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Grunewaldstr. 58, 10825 Berlin  
Tel.: 030 7512315, Fax: 030 70711606  
bergander-praxis@online.de

Prof. Dr. med. Hans-Christoph Friederich  
Universitätsklinikum Heidelberg  
Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik  
Im Neuenheimer Feld 410, 69120 Heidelberg  
Tel.: (06221) 56-8649, Mail: [REDACTED]

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

Dr. med. Norbert Hartkamp  
Praxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Rheinstr. 37, 42697 Solingen  
Tel.: 0212 22177270, Fax: 0212 22177272

Prof. Dr. med. Volker Köllner  
Reha-Zentrum Seehof der  
Deutschen Rentenversicherung Bund  
Lichterfelder Allee 55  
14513 Teltow  
Tel.: 03328 345678

#### 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

#### Geschäftsführerin

Simone Kneer-Weidenhammer  
Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht, Justiziarin  
Jägerstr. 51, 10117 Berlin  
Tel.: 030 20648243, Fax: 030 20653961

#### 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

Gegenstand des Zwischenberichtes ist lediglich der aktuelle Stand der Entwicklung der Patientenbefragung, welche auf dem Qualitätsmodell basiert. Dieses Qualitätsmodell liegt dem G-BA als unveröffentlichter Zwischenbericht vom 28. Februar 2019 vor.

Zum Zeitpunkt der Beauftragung des G-BA 2018 wurde für ambulante Richtlinien Therapien noch das Gutachterverfahren nach § 92 SGB V als u.a. qualitätssichernde Maßnahme durchgeführt. Es bleibt offen, ob der vorliegende Forschungsauftrag zur Entwicklung einer Patientenbefragung noch in Ergänzung zum Gutachterverfahren vorgesehen war oder schon auf die neuen gesetzlichen Regelungen im § 92 Abs. 6a Satz 6 des SGB V abgestimmt ist. Diese grundsätzliche Frage wird auch dadurch aufgeworfen, dass der vorliegende Entwurf nur für ambulante psychotherapeutische Leistungen und Richtlinien Therapien laut Psychotherapie-Richtlinie mit Erwachsenen konzipiert ist und nur für Einzeltherapie. Gruppentherapien und Kombinationsbehandlungen finden keine Berücksichtigung, ebenso nicht das gerade neu in der Psychotherapie-Richtlinie aufgenommene Verfahren der Systemischen Therapie. Zusätzlich wird noch eine weitere Einschränkung der Zielgruppe der erwachsenen Patienten vorgenommen, indem nur Erwachsene ab 18 Jahren, die von Psychotherapeuten mit Qualifikation für die Behandlung von Erwachsenen behandelt werden, berücksichtigt werden sollen.

Grundsätzlich begrüßt die DGPM das Bemühen, die Qualitätssicherung im Bereich der ambulanten Psychotherapie weiterzuentwickeln und hier adäquate Instrumente zu entwickeln. So ist davon auszugehen, dass alleine die Tatsache der Teilnahme an einem QS-Verfahren die Qualität der Behandlung verbessert. Die vom IQTIG angewandte Methodik zur Ermittlung von Qualitätsmerkmalen basierend auf einer umfassenden Literaturrecherche und Fokusgruppen ist dabei grundsätzlich adäquat, sorgfältig durchgeführt und nachvollziehbar beschrieben.

Der Zwischenbericht enthält allerdings ausschließlich Vorüberlegungen zur Entwicklung des Patientenfragebogens, da weder die Fragebogenitems, der Beobachtungszeitraum, das Umsetzungs- und Auswertungskonzept noch das Qualitätsmodell bzw. das Instrument zur Erhebung von Daten beim Leistungserbringer vorgestellt werden. Eine Würdigung des zu entwickelnden Instrumentes sowie eine Einordnung der Überlegungen in ein Qualitätssicherungskonzept sind daher zu diesem Zeitpunkt nicht möglich.

#### **Zu den Qualitätsmerkmalen:**

Insgesamt werden in dem Zwischenbericht 30 Qualitätsmerkmale für 10 Qualitätsaspekte dargestellt. Diese erscheinen zum Teil etwas redundant und

sehr detailliert für eine kompakte Erfassung der Qualität, zum Teil werden wesentliche Inhalte aber nicht aufgeführt.

So werden bei der Auswahl der Qualitätsmerkmale für das Qualitätskriterium 5 „Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung“ als Merkmale der respektvolle und wertschätzende, unvoreingenommene und aufmerksame Umgang mit der Patientin/dem Patienten, die Zeit im Gespräch, die ruhige, ungestörte und vertrauliche Atmosphäre während der Therapie sowie die Erläuterung von Fachausdrücken in einer patientenverständlichen Sprache gewählt.

Ein zentraler Bestandteil der Qualität der Psychotherapie ist die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung. Im Text wird die Helping Alliance Scale (Nübling et al. 2017) zwar erwähnt aber die hilfreiche Beziehung nur indirekt erfragt. Die Psychotherapieforschung definiert diese durch die Einschätzung des Patienten, (a) dass Patient und Therapeut gemeinsam an einem Problem arbeiten und (b), dass der Therapeut hilfreich und unterstützend ist. Diese Einschätzung des Patienten spiegelt die Qualität der therapeutischen Beziehung wider und hat einen prädiktiven Wert für das Outcome. Dieses Qualitätsmerkmal hätte nicht nur einen formalen (wie einige der aufgeführten Qualitätsmerkmale), sondern auch einen inhaltlichen Bezug zur Qualität der durchgeführten Psychotherapie.

Für die Patientensicherheit sind des Weiteren Informationen zum Schutz vor grenzverletzendem Verhalten von Relevanz. Dieser Aspekt sollte aufgrund seiner Wichtigkeit als eigenständiger Qualitätsmerkmal aufgenommen werden.

Die Anzahl der Merkmale ist aber insgesamt sehr hoch, sodass sich die Frage nach der Praktikabilität stellt. Nicht berichtet wird im Zwischenbericht, wie diese Qualitätsmerkmale in konkrete Items eines Fragebogens einmünden und wie auf der Grundlage dieser Items Qualitätsindikatoren entwickelt werden. Eine Datenreduktion ist dabei dringend notwendig, um das Verfahren praktikabel zu halten. Dabei müssen Gewichtungen vorgenommen werden, da einzelne Merkmale (z.B. Therapieziel vereinbart) sicherlich mit einem Item erfasst werden können, andere Merkmale wie z.B. die Outcome-Messung anhand validierter Instrumente erfolgen müssen, um valide Indikatoren ermitteln zu können. Diese Schritte der Datenreduktion und der Auswahl der Qualitätsmerkmale bzw. der Operationalisierung in Form der Items sind zentral für die Validität und Qualität des Fragebogeninstrumentes.

### **Methodische Probleme:**

Es werden im Zwischenbericht eine ganze Reihe erheblicher methodischer Probleme angesprochen, für die aktuell jedoch keine Lösungsvorschläge gemacht werden können. Die methodischen Probleme sind aber sehr schwerwiegend und bedürfen einer Lösung, bevor der Fragebogen in die Anwendung geht.

Der Bericht erwähnt die geringe Patientenzahl pro Psychotherapeut als methodisches Problem für die statistische Auswertung der Ergebnisse. Dieses Problem wirkt umso schwerer, da die Ergebnisse der Befragung auf den individuellen Therapeuten bezogen werden und automatisiert in QS-Maßnahmen münden sollen. Um die Qualität der Therapeuten einzuschätzen, müssen Referenzbereiche definiert werden, bei deren Unterschreitung Qualitätssicherungsmaßnahmen in die Wege geleitet werden. Aufgrund der Heterogenität der Patienten und Störungen muss jedoch zur Abschätzung der Struktur- und Prozessqualität eine Adjustierung nach Patientenmerkmalen erfolgen. So unterscheiden sich die Patienten erheblich in ihrer Konzentrationsfähigkeit und ihrem Erinnerungsvermögen, aber auch in ihrer Fähigkeit, wertschätzendes Verhalten wahrzunehmen bzw. Therapieziele zu definieren.

Die folgenden methodischen Probleme beziehen sich in erster Linie auf die Erfassung der Ergebnisqualität:

- Eine valide Erfassung der Ergebnisqualität ist in Anbetracht der Komplexität der Versorgungssituation nicht möglich. Ferner liegen bislang - trotz intensiver wissenschaftlicher Bemühungen - keine überzeugenden störungsübergreifenden Modelle der Risikoadjustierung vor. Bei bestimmten Patientengruppe (z.B. PTBS, Angststörungen) ist die Symptombesserung deutlich schneller zu erreichen als bei anderen (z.B. chronifizierte Depression, komplexe PTBS mit Persönlichkeitsstörungen). Angesichts der kleinen Fallzahlen mitteln sich diese Effekte über unterschiedliche Patientengruppen bei einzelnen Therapeuten nicht aus.
- Des Weiteren zeigen Untersuchungen, dass 40 % der Varianz des Psychotherapie-Outcomes durch Faktoren des Patienten und seiner Lebenssituation bestimmt werden, die nicht vom Therapeuten zu beeinflussen sind. Weitere 15% werden durch die Erwartung des Patienten bestimmt (wird nicht als Qualitätsmerkmal abgefragt) (Lambert 2013). Auch diese Effekte sind in eine Risikoadjustierung einzuarbeiten.
- Ferner zeigen Therapeuten häufig eine Schwerpunktsetzung in der Behandlung bestimmter Diagnosegruppen, die die Vergleichbarkeit der Ergebnisqualität zwischen Therapeuten zusätzlich einschränkt.



- Die Erfassung von Therapieverläufen und des -outcomes erfordern Verlaufsmessungen, wobei zumindest 2 Messungen (Vorher-Nachher-Vergleich) erfolgten sollten. Die Messzeitpunkte müssen angepasst werden an die Länge der Therapie, die u.a. von den Therapiezielen und therapeutischen Strategien bestimmt wird. Retrospektive Erhebungen sind zur Beurteilung des Outcomes nicht geeignet. In der Psychotherapieforschung orientiert sich das Therapieergebnis auch an der Nachhaltigkeit der Wirksamkeit. Somit wäre für eine Beurteilung des Outcomes zusätzlich eine Verlaufsmessung ein Jahr nach Beendigung der Therapie notwendig. Die Instrumente müssen ausreichend präzise das Kriterium messen, wobei die Merkmale für den Outcome durchaus gut gewählt sind.
- Bei der Analyse des Fragebogens ist neben den Pretests auch die externe Validität zu prüfen. So ist zu klären, in welchem Zusammenhang die vom Patienten im Fragebogen angegeben erinnerten Informationen übereinstimmen mit den in der Konsultation vermittelten Informationen.

Diese methodischen Probleme erschweren eine valide Beurteilung insbesondere der Ergebnisqualität der Psychotherapie eines Psychotherapeuten erheblich und sind mit einem in der Praxis vertretbaren Aufwand nicht zu beheben. Eine im vorliegenden Entwurf vorgesehene Nutzung der Aussagen von Patienten in der ambulanten Versorgung zur Beurteilung der Ergebnisqualität einzelner Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen und zum Vergleich dieser untereinander lehnen wir aus den genannten methodischen Gründen strikt ab.

Der Vergleich von Psychotherapeuten hinsichtlich der nicht adjustierten Ergebnisqualität hätte gravierende Auswirkungen auf die Versorgung von Patienten: Schwerkranke Patientinnen und Patienten mit komplexen Störungen, welche nur langsame Therapiefortschritte machen und entsprechend weniger Erfolg beim Therapeuten sehen, hätten dadurch weniger Chancen auf Therapieplätze als gesündere Patienten mit guter Beziehungsfähigkeit, Compliance und schnelleren Erfolgen in Therapien, da Therapeuten negative Bewertungen oder sogar Sanktionen befürchten müssten.

Daher sprechen wir uns nachdrücklich dafür aus, die Struktur- und Prozessqualität – wie in zahlreichen Qualitätssicherungsverfahren in der Medizin - in das Zentrum der Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zu stellen. Es ist davon auszugehen, dass die Berücksichtigung der Struktur- und Prozessqualität alleine ausreicht, die Qualität der psychotherapeutischen Arbeit zu erhöhen und somit einen positiven Effekt auf die Versorgung zu entfalten.

Um den aktuellen Gesetzesvorgaben mit dem Ersatz des Gutachterverfahrens durch qualitätssichernde Maßnahmen nach 2022 Genüge zu tun, müssten zusätzlich zu dem hier avisierten Instrument außerdem Qualitätsindikatoren für Gruppen- und Kombinationstherapien mit Erwachsenen, für Systemische Therapie mit Erwachsenen (auch im Mehrpersonensetting) und für Kinder mit ihren Bezugspersonen und für Jugendliche mit Bezugspersonen in allen Settings und Verfahren entwickelt werden und mit entsprechenden Fragebogen evaluiert werden.

Wir danken für die Möglichkeit der Stellungnahme und stehen zu weiteren Beratungen im laufenden Prozess der Entwicklung der Qualitätssicherungsinstrumente gerne zur Verfügung. Da die endgültige Einschätzung des dargestellten Vorgehens zur Entwicklung der Patientenbefragungen von einer befriedigenden Lösung all der dargestellten Probleme abhängt, kann derzeit eine abschließende Beurteilung nicht erfolgen.

Soweit ein vollständiges Konzept des Fragebogens vorliegt, halten wir ein weiteres Stellungnahmeverfahren für dringend geboten.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Johannes Kruse  
Vorstandsvorsitzender der DGPM

#### Literatur:

Lambert, M. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (6 ed., pp. 169-218). New York: Wiley.

Nübling et al. (2017): Testing the Psychometric Properties of the Helping Alliance Questionnaire (HAQ) in Different Health Care Settings. *Psychother Psychoso Med Psychol.* 67(11):465-476. doi: 10.1055/s-0043-111083. Epub 2017 Aug 30.

**Stellungnahme  
des GKV–Spitzenverbands  
vom 08.04.2020**

**zum Zwischenbericht  
„Entwicklung einer Patientenbefragung für das  
Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychothe-  
rapeutischen 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. Einleitung .....</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 Qualitätsmerkmale aus den befragungsrelevanten Qualitätsaspekten (Kapitel 6 und 9) .....	10
IV.2 Methodische Herausforderungen (Kapitel 5) .....	12
IV.3 Beurteilung der abgeleiteten Qualitätsmerkmale (Kapitel 9) .....	14
IV.4 Zur möglichen Umsetzung der Patientenbefragung (Kapitel 10) .....	22
<b>Literatur.....</b>	<b>23</b>

## I. Zusammenfassung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach §137a SGB V (IQTIG) im Mai 2018 beauftragt, ein sektorspezifisches Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu entwickeln, das diagnose- und verfahrensübergreifend Aspekte der Prozess- und möglichst auch der Ergebnisqualität adressiert und eine Befragung zur Abbildung der Patientenperspektive beinhaltet. Das fallbezogene Instrumentarium für den Einsatz in der ambulanten psychotherapeutischen Einrichtung soll kompakt und fokussiert sein. Bei der Entwicklung der Patientenbefragung sollte angesichts der kleinen Fallzahlen je Leistungserbringer insbesondere der Nutzen eines auf zwei Jahre verlängerten Beobachtungszeitraums geprüft werden, darüber hinaus ob und wie eine patientenbezogene Ergebnisqualität abbildbar ist. Der Abschlussbericht für die Patientenbefragung wird am 31. August 2021, für den QS-dokumentations- und sozialdatenbasierten Verfahrensteil am 31. August 2020 erwartet.

Der vorliegende Zwischenbericht zur Entwicklung einer Patientenbefragung umfasst

1. die Entwicklung der Qualitätsmerkmale aus den befragungsrelevanten Qualitätsaspekten, die bereits im ersten Zwischenbericht Bericht des IQTIG vom 28. Februar 2019 vorgestellt wurden, und
2. erste Überlegungen zur Umsetzung der Patientenbefragung.

Ad 1. Von zwölf Qualitätsaspekten sollen elf zumindest in Teilen mit Befragungsdaten abgedeckt werden. Das allein schon verdeutlicht das Gewicht, dass die Patientenperspektive und somit die Befragung bei der zukünftigen Qualitätssicherung der Psychotherapie erhalten wird.

Der dargestellte Prozess der Entwicklung von den Qualitätsaspekten mittels Literaturrecherchen, Fokusgruppen und Expertenbewertung bis hin zu den letztlich 30 Qualitätsmerkmalen ist großteils nachvollziehbar und ausführlich beschrieben.

Kritisch möchte der GKV-Spitzenverband folgende Punkte anmerken:

- Die Streichung einiger qualitätsrelevanter Themen bei der Ableitung der Qualitätsmerkmale (9.3) durch das IQTIG kann in Teilen nicht nachvollzogen werden.
- die Veränderung bzw. Streichung einiger Qualitätsmerkmale durch das Expertengremium (9.4.) insbesondere mit dem Hinweis auf die Diagnose- und Therapieunabhängigkeit kann fachlich nicht nachvollzogen werden. Im Ergebnis beschreiben einige Qualitätsmerkmale nur einen Minimalstandard (z.B. „Information zur Behandlungsfrequenz“), sind sehr vage formuliert („Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung“) oder sehr eng gefasst. Für die Entwicklung zu validen und brauchbaren Indikatoren sollten diese nochmals geprüft und ggf. geschärft werden.

Aus Sicht der GKV-Spitzenverbandes kommen auf dem aktuellen Entwicklungsstand Qualitätsmerkmale zum Therapiefortschritt und zu den Behandlungsergebnissen im Verhältnis zu Qualitätsmerkmalen zu formalen, leicht operationalisierbaren Themen (z.B. Informationen über verschiedene organisatorische Aspekte der Behandlung) zu kurz. Gerade den Ergebnissen der Therapie (Outcome) und dem Besprechen von Therapiefortschritten und -zwischenenergebnissen (Prozessqualität) wird von Seiten des GKV-Spitzenverbands jedoch große Bedeutung für die Beurteilung der Behandlungsqualität beigemessen. Auch dies sollte nochmals geprüft und bei der weiteren Entwicklung zu Items und Indikatoren berücksichtigt werden, um am Ende ein ausgewogenes Indikatorenset zu gewährleisten.

Die Einschätzungen der Experten (und des IQTIG) zur Erfüllung der einzelnen Eignungskriterien sollten detaillierter berichtet werden, um das Ergebnis (Änderungen und Streichungen von Qualitätsmerkmalen usw.) besser beurteilen zu können. Grundsätzlich sieht der GKV-Spitzenverband die Notwendigkeit, Kriterien für Priorisierungsentscheidungen zu entwickeln, um ausgewogene Indikatorensets zu erhalten und die Qualitätssicherung auf die wesentlichen Punkte zu fokussieren.

Ad 2.

Bezüglich der Umsetzbarkeit des Verfahrens weist das IQTIG darauf hin, dass für eine aus methodischer Sicht empfehlenswerte zweijährige Beobachtungszeit eine Gesetzesänderung notwendig wäre (Änderung der Löschfrist in § 299 SGB V). Dies liegt jedoch nicht im Kompetenzbereich des G-BA, so dass sich das IQTIG bei der laufenden Entwicklung der Items und Indikatoren, einschließlich der Lösung zur Erfassung von Ergebnisqualität, an den derzeit gültigen Gesetzen und Normen orientieren muss. Sollte nach einer umfassenden Prüfung aller Möglichkeiten eine Patientenbefragung unter den gegebenen gesetzlichen Vorgaben nicht umsetzbar sein, muss dies frühzeitig vom IQTIG gegenüber dem G-BA angezeigt und nachvollziehbar begründet werden.

Das QS-Verfahren zur Ambulanten Psychotherapie wird außergewöhnlich viele Patienten (ca. 1,4 Mio. p.a.) und Leistungserbringer (ca. 27.000) adressieren, wobei die Patientenbefragung aufgrund der geringen Fallzahlen je Leistungserbringer fast überall als Vollerhebung wird durchgeführt werden müssen. Zur Optimierung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses sollte sie daher nach Möglichkeit zur Online-Befragung weiterentwickelt werden.

Aufgrund von Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) und des Gesetzes zur Reform der psychotherapeutischen Ausbildung ist bereits jetzt mittelfristiger Weiterentwicklungsbedarf am künftigen Verfahren absehbar (Einbeziehung der systemischen Therapie und von Strukturqualität).

## II. Einleitung

Der G-BA hat am 17. Mai 2018 das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten für ein einrichtungsübergreifendes sektorspezifisches Qualitätssicherungsverfahren im Rahmen der datengestützten QS-Verfahren nach § 137 SGB V beauftragt. Basis bzw. Ausgangspunkt für den Auftrag an das IQTIG sollte die noch vom AQUA-Institut vorgelegte Konzeptskizze sein, die Ende 2015 vom G-BA abgenommen worden war. Diese sollte vom IQTIG hinsichtlich der Qualitätspotenziale, der Versorgungsziele und unter Beachtung der zwischenzeitlich aktualisierten Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) aktualisiert werden.

Ziel der Beauftragung ist die Prüfung und Aktualisierung der vom AQUA-Institut recherchierten Qualitätspotenziale und Versorgungsziele und deren Abbildung in einem Qualitätsmodell für das Gesamtverfahren, einschließlich einer Patientenbefragung. Auf dieser Basis sollen Qualitätsindikatoren, die nach Möglichkeit neben der Prozessqualität auch Ergebnisqualität abbilden, die hierfür notwendigen Erfassungsinstrumente sowie Empfehlungen zur Umsetzung in der Regelversorgung entwickelt werden. Bei der Entwicklung soll beachtet werden, dass Indikatoren und Instrumente unabhängig von den in der PT-RL zugelassenen Therapieverfahren und Diagnosen einsetzbar sein sollen, und dass insbesondere das Instrumentarium für die fallbezogene QS-Dokumentation kompakt und fokussiert ist. Eingeschlossen sind somit die drei zum Zeitpunkt der Beauftragung als GKV-Leistung möglichen Therapieverfahren Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie, nicht jedoch die systemische Therapie, die erst mit einer Änderung der PT-RL im Jahr 2019 in diese aufgenommen wurde. Hinsichtlich der Ergebnisqualität wurde ein Prüfauftrag formuliert, ob deren Erfassung möglich sei, und dass bestimmte Voraussetzungen für einen Einrichtungsvergleich berücksichtigt werden müssten.

Das künftige QS-Verfahren hat allgemein die Qualitätsförderung zum Ziel, wobei in der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL), die den Rahmen für dieses QS-Verfahren darstellt, unter bestimmten Umständen auch regulatorische Qualitätssicherungsmaßnahmen vorgesehen sind. 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.

Als Zielgruppe des künftigen QS-Verfahrens wurden gesetzlich versicherte, erwachsene Patientinnen und Patienten bestimmt, die eine psychotherapeutische Kurz- oder Langzeittherapie nach

PT-RL als Einzeltherapie bei einem ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten im ambulanten Sektor, d.h. in Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in Anspruch nehmen.

Für die Patientenbefragung, die integraler Bestandteil des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie sein soll, wurde die Entwicklung des Befragungsinstruments sowie die Erstellung eines Umsetzungs- und eines Auswertungskonzepts beauftragt. Weiterhin wurde in der Beauftragung darauf hingewiesen, dass aufgrund der bekannten geringen Fallzahlen bei sehr vielen Leistungserbringern ein zweijähriger Beobachtungszeitraum geprüft werden sollte, und dass darüber hinaus bei der Prüfung der Auslösung und der Dokumentation beim Leistungserbringer die heterogenen Verläufe der Behandlungen berücksichtigt werden müssten.

Zum ersten Teil der Beauftragung, der Entwicklung eines Qualitätsmodells für das Gesamtverfahren auf Basis der Konzeptskizze vom AQUA-Institut, hatte das IQTIG am 28. Februar 2019 einen Zwischenbericht vorgelegt (IQTIG 2019b). Die auftragsgemäße Prüfung und Aktualisierung der Konzeptskizze vom AQUA-Institut führte letztlich zu einer umfassenden Überarbeitung nach Maßgabe der eigenen Methodischen Grundlagen (IQTIG 2019b), u.a. mit der Durchführung eigener Fokusgruppen zur Identifizierung von Qualitätsaspekten. Zudem wurden die Literaturrecherche und die Versorgungsanalysen aktualisiert. Ergebnis dieser Entwicklungsarbeiten war das Qualitätsmodell mit 11 prozessbezogenen Qualitätsaspekten und einem Qualitätsaspekt zur Ergebnisqualität. Für 11 Qualitätsaspekte wurde die Patientenbefragung als geeignete Datenquelle betrachtet.

Der vorliegende Bericht thematisiert die Entwicklung der Patientenbefragung ausgehend vom Qualitätsmodell bis zu den Qualitätsmerkmalen und einem Ausblick auf die weiteren notwendigen Entwicklungsschritte. Es werden Überlegungen zur Umsetzung, d.h. zur Auslösung, zum Ablauf und zur Auswertung der Patientenbefragungen sowie zu den noch zu lösenden methodischen und umsetzungspraktischen Problemen (z.B. Beobachtungszeitraum) angestellt. Der Abschlussbericht für die Patientenbefragung wird am 31. August 2021, für den QS-dokumentations- und sozialdatenbasierten Verfahrensteil am 31. August 2020 erwartet.

### **III. Allgemeine Stellungnahme**

Zusammenfassend betrachtet hat das IQTIG mit dem Zwischenbericht einschließlich des umfangreichen Anhangs einen sehr gut strukturierten Bericht vorgelegt, der die Vorgehensweise des IQTIG gut nachvollziehbar macht. Er beschreibt die Konkretisierung der befragungsrelevanten



Qualitätsaspekte zu Qualitätsmerkmalen und deren Beurteilung durch ein Expertengremium. Ein- gangs wird zunächst umfassend auf den Hintergrund, d.h. die Beauftragung durch den G-BA, die Versorgungssituation und normative Rahmenbedingungen, eingegangen, um dann die Entwick- lungsmethodik und den Projektablauf sowie schließlich die Ergebnisse darzustellen. Der Bericht schließt mit relativ knapp gehaltenen Überlegungen zur Umsetzbarkeit und zu den weiteren Ent- wicklungsschritten.

Ganz offensichtlich wird die Patientenbefragung mit 11 von 12 Qualitätsaspekten eine wichtige Datenquelle für das künftige QS-Verfahren sein. Dies ist inhaltlich nachvollziehbar: es erscheint plausibel, dass beispielsweise der Erhalt von erkrankungs- und behandlungsbezogenen Informa- tionen, die Einbeziehung in die Therapieplanung und die Qualität der Kommunikation sowie die Behandlungsergebnisse sehr gut bzw. teilweise ausschließlich von den Patienten selbst beurteilt werden können. Bei fünf von diesen 11 Qualitätsaspekten ist parallel die QS-Dokumentation der Psychotherapeuten als mögliche Datenquelle angegeben (S. 37). Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass es hierbei nicht um eine „Doppelerfassung“ geht, sondern um die Zuordnung verschiedener Qualitätsmerkmale zu den zwei Datenquellen. Hier fehlt bei den betreffenden Qua- litätsaspekten eine kurze Erläuterung zum Zusammenhang und ggf. Entwicklungsstand im sog. „Klassik“-Bereich. Generell möchte der GKV-Spitzenverband anregen, bei Verfahrensentwicklun- gen, die beide Stränge umfassen – den sog. „Klassik“-Teil mit QS-dokumentationsbasierten und sozialdatenbasierten Indikatoren und eine Patientenbefragung – auch bei Berichten zu lediglich einem der beiden Stränge einmal alle Qualitätsmerkmale im Überblick zu nennen, etwa durch ei- nen Gesamt-Versorgungspfad oder eine schematische Darstellung der Qualitätsdimensionen mit ihren jeweiligen Qualitätsaspekten und -merkmalen. Dies sollte im Abschlussbericht nachgeholt werden.

Das Qualitätsmodell mit seinen zwölf Qualitätsaspekten erscheint bezogen auf die Qualitätsdi- mensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts zunächst ausgewogen in dem Sinne, dass jede Dimension abgedeckt ist. Allerdings liegen die Schwerpunkte deutlich in den Dimensionen „Patientensicher- heit“ und „Patientenorientierung“, während „Wirksamkeit“ und „Angemessenheit“ nur schwach ver- treten sind (S. 38). Betrachtet man die Qualitätsaspekte im Hinblick auf Prozess- und Ergebnis- qualität, verstärken sich die Zweifel an der Ausgewogenheit des Qualitätsmodells. Die überwie- gende Mehrheit der Qualitätsaspekte im Qualitätsmodell fokussiert die Prozessqualität, lediglich ein Aspekt die Ergebnisqualität (Funktionalität, Symptomatik, Teilhabe, Erwerb von Strategien und Fertigkeiten für die Zeit nach der Therapie). Aus Sicht des GKV-Spitzenverbands ist die Qualität der Behandlungsprozesse (Information und Aufklärung, Kommunikation, Behandlungsplanung usw.) in einer Psychotherapie wichtig. Den Ergebnissen der Therapie wird allerdings die größte Bedeutung für die Beurteilung der Behandlungsqualität zugemessen. Darunter versteht der GKV-

Spitzenverband vor allem Ergebnisqualität im eigentlichen Sinne als Verbesserung der genannten Outcomes, aber auch das Monitoring und explizite Besprechen der Behandlungsfortschritte und -zischenergebnisse als Prozessqualitätsmerkmal. Insgesamt ist also für das spätere finale Indikatorenset darauf zu achten, dass Ergebnis- und Prozessqualität in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen bzw. die Dimension „Wirksamkeit“ ein deutlich stärkeres Gewicht als bisher erkennbar erhält.

Bezüglich der Qualitätsmerkmale selbst besteht aus Sicht des GKV-Spitzenverbands die Gefahr, dass einige von ihnen im Grunde lediglich Minimalstandards beinhalten (z.B. „Information zur Behandlungsfrequenz) oder sehr vage formuliert sind (z.B. „Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen...“), so dass auch die dazugehörigen künftigen Qualitätsindikatoren nur wenig brauchbare Ergebnisse liefern. Daher sollten die Qualitätsmerkmale daraufhin unbedingt erneut geprüft und, wo nötig, geschärft werden.

Die normativen Rahmenbedingungen für die psychotherapeutische Versorgung, insbesondere die PT-RL, sowie Daten und Rechercheergebnisse zur Inanspruchnahme und zur Versorgungssituation werden vom IQTIG systematisch und sehr gut strukturiert dargestellt (Kapitel 2, 7 und 8). Hierdurch werden zum einen Eckpunkte des Verfahrens vorgegeben (z.B. einbezogene Diagnosen und Therapieverfahren, mögliche Auslösungszeitpunkte). Gleichzeitig wird verdeutlicht, dass die Behandlungsabläufe sehr komplex und heterogen sind, was die Entwicklung der Befragung und des Gesamtverfahrens vor Herausforderungen stellt (s. Kap. 5).

Mit diesen methodischen Herausforderungen, auf die bereits im Beauftragungstext hingewiesen wurde, setzt sich der vorliegende Bericht vor allem in Kapitel 5 relativ ausführlich auseinander, insbesondere mit dem Problem der geringen Fallzahl pro Leistungserbringer und den daraus entstehenden Konsequenzen für die Durchführung der Befragung und das Auswertungskonzept, und mit der Erfassung von Ergebnisqualität. Das IQTIG weist darauf hin, dass Fragen wie etwa die Art der Erfassung von Outcomes und die Beobachtungsdauer (ein oder zwei Jahre) mit der Weiterentwicklung der Merkmale zu Items und Indikatoren zusammenhängen, d.h. wie und was dann konkret gefragt und gemessen werden soll. Für eine mehrjährige Beobachtungsdauer, stellt das IQTIG fest, wäre eine Änderung des § 299 SGB V Voraussetzung, in dem die Löschfrist für patientenbezogene Daten in der Versendestelle verankert ist. Es liegt also eine sehr komplexe Gemengelage von teilweise wechselseitig abhängigen methodischen, inhaltlichen und rechtlichen Problemen vor, deren Lösung noch unbestimmt erscheint und teilweise - bezogen auf die Gesetzesänderung - nicht in der Hand des IQTIG oder des G-BA liegt.

Nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes ist hier eine konkretere Darstellung von Lösungsoptionen notwendig. Eine aufwändige Entwicklung, die am Ende nicht umsetzbar ist, darf nicht erfolgen. Daher bedarf es einer engmaschigen Begleitung der weiteren Entwicklungsprozesse und -entscheidungen des IQTIG durch den G-BA, beispielsweise durch regelmäßige Sachstände gegenüber dem G-BA (UA QS und in der zuständigen AG DeQS). Dies gilt umso mehr, als das IQTIG mit Schreiben vom 23. März 2020 an den G-BA darauf aufmerksam gemacht hatte, dass die eben genannte Problematik sehr grundsätzlicher Natur sei, indem sie generell Befragungen in QS-Verfahren zu chronischen Erkrankungen mit geringer Fluktuation der Patienten bei den Leistungserbringern und oftmals geringen Fallzahlen betreffe (Bsp. QS Schizophrenie, QS NET (Nierenersatztherapie)).

Bereits bei Beauftragung des Verfahrens war bekannt, dass es sehr umfangreich werden würde: adressiert werden ca. 27.000 Leistungserbringer und ca. 1,4 Millionen Patienten (Jahresprävalenz, s. Kap. 8). Dies wirft die Frage auf, wie das Aufwand-Nutzen-Verhältnis optimiert werden kann. Der GKV-Spitzenverband erwartet entsprechend insbesondere im „Klassik“-Verfahrensteil kompakte und fokussierte Indikatoren und Instrumente. Es erscheint dringend erforderlich – auch über diese konkrete Verfahrensentwicklung hinaus – Kriterien zur Priorisierung und Fokussierung von Indikatorensets zu entwickeln.

Für die Patientenbefragung bedeuten die geringen Fallzahlen je Einrichtung zudem ganz konkret, dass der Stichprobenumfang sehr groß sein wird. Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass in den allermeisten Einrichtungen eine Vollerhebung notwendig wird, um statistisch auswertbare Fallzahlen zu erhalten. Gleichzeitig sind ca. 86% der Patienten jünger als 60 Jahre und somit ist zu vermuten, sind diese mit der Nutzung des Internet vertraut. Angesichts dieser Altersverteilung und der zu erwartenden hohen Kosten für Druck und Versand der zahlreichen Fragebögen erscheint die Patientenbefragung zur Ambulanten Psychotherapie prädestiniert dafür, so bald wie möglich als Online-Befragung weiterentwickelt zu werden.

Grundsätzlich erachtet der GKV-Spitzenverband den faktenorientierten Befragungsansatz nach wie vor als sehr gut geeignet, um valide und für den Einrichtungsvergleich taugliche Befragungsergebnisse zu erzielen. Mithilfe dieser Ergebnisse kann dann die Versorgungsqualität aus Patientensicht beurteilt, an die Leistungserbringer zurückgespiegelt, einrichtungsübergreifend verglichen und im Strukturierten Dialog analysiert werden. Solange einrichtungsbezogene Qualitätsergebnisse aus dem ambulanten Sektor nicht veröffentlicht werden dürfen, ist das Ziel der Transparenz der Behandlungsqualität für die Öffentlichkeit allerdings nicht erreichbar.

Durch Änderungen der normativen Grundlagen des Verfahrens seit dem Beauftragungsbeschluss ist bereits jetzt Weiterentwicklungsbedarf absehbar. Die systemische Therapie, die erst im November 2019 in die PT-RL aufgenommen wurde, konnte bei der Verfahrensentwicklung nicht berücksichtigt werden. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbands kann dies Gegenstand einer späteren Weiterentwicklung sein, wenn Versorgungsdaten und Patientenerfahrungen zu diesem Verfahren (als GKV-Leistung) vorliegen. Ähnlich wird die Änderung im „Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung“ ebenfalls im November 2019, die die Einbeziehung von Strukturqualität in das QS-Verfahren vorgibt. Auch dies wird erst bei einer Weiterentwicklung berücksichtigt werden können.

## **IV. Detaillierte Stellungnahme**

### **IV.1 Zur Methodik der Entwicklung der Qualitätsmerkmale aus den befragungsrelevanten Qualitätsaspekten (Kapitel 6 und 9)**

#### **Literaturrecherche und Fokusgruppen (Kapitel 6.1 und 6.2)**

Den Vorgaben der Methodischen Grundlagen (IQTIG 2019a) folgend hat das IQTIG für die Ableitung der Qualitätsmerkmale aus den für die Patientenbefragung geeigneten Qualitätsaspekten Literatur und Leitlinien recherchiert und Fokusgruppen mit Patienten und Leistungserbringern durchgeführt (Kap. 6.1 und 6.2). Potenzielle Qualitätsmerkmale wurden insbesondere auf die Eignungskriterien „Bedeutung für Patienten“ und „Beurteilbarkeit durch Patienten“ hin geprüft. Die daraus resultierende Evidenzgrundlage der Qualitätsmerkmale wird ausführlich und übersichtlich in den Kapiteln 9.1 und 9.2 dargestellt.

Die Zusammensetzung der Fokusgruppen der Leistungserbringer sehen wird vom GKV-Spitzenverband kritisch gesehen. Mit 23% der Teilnehmer waren die Verhaltenstherapeuten u.E. zu schwach vertreten, selbst wenn für qualitative Erhebungen Repräsentativität im üblichen (statistischen) Sinne nicht angestrebt wird. Dies könnte Folgen für die Identifikation von qualitätsrelevanten Themen gehabt haben, ähnlich wie bei dem bewertenden Expertengremium (s.u.).

Bei aller gebotenen Sorgfalt besteht aus Sicht des GKV-Spitzenverbands das Problem, dass Entwicklungsarbeiten prinzipiell zu lange dauern. Neue QS-Verfahren sollten schneller zu entwickeln und in die Versorgungspraxis umzusetzen sein. Daher stellt sich die Frage, ob nicht eine Recherche- und Erhebungsphase, nämlich bei der Erstellung des Qualitätsmodells, genügen würde, d.h. ob der Mehrwert dieser erneuten Recherche und qualitativer Erhebungen groß genug ist, um den hierfür notwendigen Zeitaufwand zu rechtfertigen.

### **Beratung durch das Expertengremium (Kap 6.3 und 9.4)**

Die aus Literatur und Fokusgruppen-Ergebnissen vom IQTIG abgeleiteten Qualitätsmerkmale wurden dann von Experten in einem strukturierten zweistufigen Verfahren anhand der Eignungskriterien der Methodischen Grundlagen (IQTIG 2019a) beurteilt (Kap. 6.3), so dass letztlich ein „qualitativer Gruppenkonsens“ und eine „Gesamteinschätzung“ (S. 66) jedes einzelnen Merkmals als Empfehlungen an das IQTIG vorlagen. Eine Besonderheit dieser Verfahrensentwicklung war, dass bei der Definition der Qualitätsmerkmale nicht nur die allgemeinen Eignungskriterien „Verbesserungspotenzial“, „Zuschreibbarkeit“, „Bedeutung für Patientinnen und Patienten“ usw. geprüft werden mussten (IQTIG 2019a, S. 61 und 81), sondern zusätzlich noch die beauftragungsspezifischen Kriterien „Diagnoseunabhängigkeit“ und „Therapieverfahrensunabhängigkeit“ (S. 64). Die Qualitätsmerkmale bilden im weiteren Verlauf der Entwicklung die Grundlage für die Itemgenerierung, d.h. für die Erstellung des Befragungsinstruments.

Welche Änderungen an den Qualitätsmerkmalen durch die Experten und welche durch das IQTIG selbst vorgenommen wurden, zeigt Tabelle 28 (S. 152ff.) sehr transparent. Wie seitens des GKV-Spitzenverbands jedoch auch in früheren Stellungnahmen bereits angemerkt wurde, ist der eigentliche Prozess der Expertenbeurteilung nicht ausreichend transparent. Zwar wird in Tabelle 28 wiederholt vermerkt, dass „die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das modifizierte Qualitätsmerkmal... erfüllt“ seien. Es wird jedoch nicht darüber informiert, wie die Einschätzung der Experten bezüglich der einzelnen Eignungskriterien je Merkmal ausfiel und inwiefern hierüber Konsens oder Dissens herrschte. Dies wäre jedoch für die inhaltliche Bewertung der resultierenden Qualitätsmerkmale relevant und sollte z.B. im Anhang zum Bericht enthalten sein.

Zudem wären diese differenzierten Informationen bedeutsam im Zusammenhang mit möglichen Priorisierungs- und Fokussierungsentscheidungen für die weitere Entwicklung der Fragebögen, die vom IQTIG zu treffen wären, die jedoch auch für die Bänke des G-BA als Stellungnehmende von Interesse wären. Die Notwendigkeit, bei Verfahrensentwicklungen zukünftig stärker zu priorisieren, z.B. nach Häufigkeit des Qualitätsdefizits oder Grad des Verbesserungspotenzials, wurde vom GKV-Spitzenverband ganz allgemein bereits im Zusammenhang mit den Methodischen Grundlagen angesprochen. Sie betrifft allerdings die QS-dokumentations- und sozialdatenbasierten Verfahrensteile in noch größerem Maße, da hier höhere Aufwände für die Datenerfassung anfallen.

Die Zusammensetzung des Expertengremiums erscheint bezüglich der Berufsgruppen (bzw. Patienten) ausgewogen (Anhang D.2). Es fehlen allerdings die Information zu den Psychotherapeuten, welches Verfahren jeweils von ihnen praktiziert wird. Die Zugehörigkeit zu bestimmten Verfahren könnte bei der Beurteilung der Qualitätsmerkmale Auswirkungen gehabt haben. In der Tabelle 28

fällt nämlich auf, dass relativ häufig Qualitätsmerkmale von den Experten abgelehnt wurden, weil sie nicht diagnose- oder verfahrensunabhängig wären. Diese Beurteilungen sind teilweise nicht nachvollziehbar (s.u. IV.3).

## **IV.2 Methodische Herausforderungen (Kapitel 5)**

### **Geringe Fallzahlen je Einrichtung**

Laut den Ergebnissen der Zielgruppenanalyse (Kap. 8) weisen die meisten Praxen und MVZs Patientenzahlen zwischen ungefähr 20 und 70 pro Jahr auf, nur einige MVZs haben Fallzahlen im dreistelligen Bereich. Von der vom IQTIG entwickelten Patientenbefragung für das QS-Verfahren „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie“ (QS PCI) ausgehend, sollten aus statistischen Gründen jedoch ungefähr 67 ausgefüllte Fragebögen pro Jahr und Leistungserbringer vorliegen. Das entspricht einem Bruttostichprobenumfang von ca. 200 Patienten p.a. (IQTIG 2018). Das IQTIG schlägt daher vor, sowohl den Beobachtungszeitraum von dem bisher in der Qualitätssicherung üblichen Kalenderjahr auf zwei Jahre auszudehnen, als auch ein Auswertungskonzept für kleine Fallzahlen zu entwickeln (S. 45). Beide Strategien können als im Grunde als sachgerecht und notwendig erachtet werden.

Eine Verlängerung des Beobachtungszeitraums auf z.B. zwei Jahre ist laut Beauftragung ohnehin explizit zu prüfen. Im Bericht werden hierzu mehrere relevante und zu prüfende Aspekte genannt, unter anderem ggf. rollierende Erfassungszeiträume, Durchführung oder Ausschluss von Mehrfachbefragungen der Patienten zum selben Therapeuten, Nutzbarkeit der ggf. selteneren Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer und die Erstellung einer mehrjährigen Sollstatistik (S. 45f.). Es fehlt jedoch an der eigentlichen Prüfung im Sinne einer ausführlicheren Darstellung und Diskussion dieser Aspekte. Dies muss im Abschlussbericht nachgeholt werden.

Von besonderer Bedeutung ist das Problem der Löschfrist in der Versendestelle. Sollen keine Mehrfachbefragungen der Patienten zum selben Leistungserbringer innerhalb des zweijährigen Beobachtungs- und Auswertungszeitraums stattfinden, müsste eine befristete Sperrung bereits befragter Patienten (bzw. Patient-Therapeut-Kombinationen) für die weiteren Stichprobenziehungen umgesetzt werden. Dies würde die Speicherung der persönlichen Daten in der Versendestelle über sechs Monate nach Erstversand des Fragebogens hinaus erfordern, was nach der derzeitigen Fassung des § 299 nicht zulässig ist. Hier sollte ausführlicher dargelegt werden

- ob der Ausschluss von Mehrfachbefragungen fachlich geboten ist,
- ob auch ohne eine Sperrfrist eine zweijährige Beobachtungszeit umsetzbar wäre oder ob dies zwingend Hand in Hand geht, und

- welche konkreten Änderungen der normativen Regelungen es bräuchte.

Da das IQTIG bei Verfahrensentwicklungen grundsätzlich gehalten ist, geltende normative Rahmenbedingungen zu beachten, ist es zudem erforderlich zu prüfen und darzulegen, ob es ggf. technisch und juristisch denkbare Alternativen zur Änderung der normativen Regelungen gäbe.

Zur Thema Auswertungskonzepts bleibt ferner unklar, ob hiermit ein weiteres, neues Auswertungskonzept gemeint ist, oder ob das Konzept von QS PCI auf die Befragung zur ambulanten Psychotherapie übertragen werden kann. Dass auch kleine Fallzahlen zu belastbaren Ergebnissen führen können, wurde im Bericht zur Patientenbefragung QS PCI dargelegt: abhängig vom Abstand des Indikatorwerts vom Referenzwert können bereits Nettostichprobenumfänge von  $n < 67$  genügen, um statistisch signifikante Ergebnisse zu liefern.

### **Ergebnisqualität**

Die Möglichkeiten und Schwierigkeiten der Erfassung von Ergebnisqualität werden im Bericht sehr umfassend dargestellt (Kap. 5.3). Anhand einer orientierenden Literaturrecherche gelangt das IQTIG zu dem Ergebnis, dass es grundsätzlich Ergebnisparameter gibt, die die beauftragungsspezifischen Eignungskriterien Diagnose- und Verfahrensunabhängigkeit erfüllen, jedoch müssten auch „Beeinflussbarkeit“ und „Zuschreibbarkeit“ geprüft werden.

Zum Eignungskriterium „Zuschreibbarkeit“ ist anzumerken, dass es weiterhin an einem Konzept bzw. an Kriterien fehlt, anhand derer man bestimmen kann, ob das Ergebnis „im Wesentlichen“ einem Leistungserbringer zugeschrieben werden kann (S. 49).

Entscheidend für die Messung von Ergebnisqualität ist u.a. der festgelegte Messzeitpunkt. Dieser hängt mit den verschiedenen Methoden der Veränderungsmessung zusammen (direkt, indirekt oder quasi-indirekt), die in Abschnitt 5.3.4 ausführlich beschrieben und für den konkreten Auftrag geprüft werden, jedoch noch ohne konkrete Entscheidung.

Bei der Frage des Messzeitpunkts besteht zudem ein Problem in der sehr unterschiedlichen Dauer (und Verlängerungsmöglichkeiten) der Therapie und der schwierigen Identifizierung des Therapieendes (dargestellt in Kap. 2 und 10), wenn das Outcome erst nach Abschluss der Therapie erfragt werden soll. Hier stellt sich die Frage, ob dies angesichts der eben genannten Schwierigkeiten zwingend so sein muss. Könnte Ergebnisqualität auch als Zwischenstand, im Sinne von Verbesserungen der Funktionalität und der Symptomatik oder der Erreichung von Behandlungs(-teil-)zielen während der laufenden Behandlung, erfragt werden, selbstverständlich nach einem angemessenen Zeitraum ab Beginn der Therapie? Hinzu kommt die Frage, ob die Anzahl der zu

den Outcomes auswertbaren Fragebögen nicht auf problematische Weise reduziert wird, wenn jeweils nur Patienten nach Abschluss der Behandlung ausgewertet werden können. Zahlreiche Patienten sind länger als zwei Jahre in Behandlung.

Die auf Seite 54 angesprochene Alternative zur Veränderungsmessung – der „normbasierte Ansatz“ erscheint daher überlegenswert. Die Darstellung ist jedoch zu knapp, um wirklich nachvollziehbar zu sein. Daher bedarf es hier mehr Ausführlichkeit sowie eine konkrete Bezugnahme auf die für die Psychotherapie relevanten Ergebnisqualitätsmerkmale, etwa in Form eines Beispiels.

Insgesamt ist die Darstellung der methodischen Herausforderungen, die sich bei der Entwicklung der Befragung und teilweise auch des gesamten Verfahrens stellen, gut strukturiert, übersichtlich und ausführlich. Es ist dennoch sehr misslich, dass das IQTIG auf dem gegenwärtigen Stand der Befragungsentwicklung kaum konkrete Antworten liefern kann. Die Lösungen der genannten methodischen Probleme – Erfassbarkeit und Befragungszeitpunkt für Ergebnisqualität, Beobachtungszeitraum, Fallzahlen/Auswertungskonzept sowie prinzipiell die Weiterentwicklung der Qualitätsmerkmale zu konkreten Items hängen offenbar voneinander und von einer möglichen Gesetzesänderung ab. Darauf weist das IQTIG an verschiedenen Stellen im Bericht hin (z.B. S. 45, 47, 180, 183, 185). Eine Änderung des § 299 SGB V ist nicht sicher absehbar, nichtsdestotrotz müssen – so nimmt der GKV-Spitzenverband jedenfalls an – jetzt Grundsatzentscheidungen zum Beobachtungszeitraum und dessen praktischer Umsetzung getroffen werden, um dies mit der weiteren Entwicklung der Qualitätsmerkmale zu Items und Fragebögen abzustimmen. Wie plant das IQTIG mit dieser Ungewissheit in der weiteren Entwicklung umzugehen?

#### **IV.3 Beurteilung der abgeleiteten Qualitätsmerkmale (Kapitel 9)**

Ausgangspunkt des vorliegenden Berichts ist das bereits entwickelte Qualitätsmodell. Positiv ist zu bewerten ist, dass die ins Qualitätsmodell aufgenommenen Aspekte im Anhang A des vorliegenden Berichts nochmals ausführlich beschrieben werden, so dass der Anschluss an den vorigen Bericht für den Leser gegeben ist. Ebenso positiv wird die gut strukturierte Zusammenfassung der Ergebnisse der Literaturrecherche (9.1) und der Fokusgruppen (9.2) bewertet.

#### **Zur Ableitung der Qualitätsmerkmale (Kap. 9.3)**

Aus den gesammelten qualitätsrelevanten Themen wurden vom IQTIG unter Berücksichtigung der generellen sowie der beauftragungsspezifischen Eignungskriterien 40 Qualitätsmerkmale entwickelt, die die 11 Qualitätsaspekte konkretisieren (9.3). Auch hier ist die Darstellung umfassend und großteils gut nachvollziehbar.



Dabei sind der größte Teil der Themen in Qualitätsmerkmale überführt worden. Allerdings erschließt sich dem Leser im Einzelfall nicht, warum bestimmte Themen in Qualitätsmerkmale überführt wurden und andere nicht. Warum etwa das Thema „Aufklärung zu konkreten Therapieeinheiten und -elementen“ (S. 193) keinen Eingang als Qualitätsmerkmal gefunden hat, ebenso wenig wie das Thema „Einsatz von Instrumenten zur Messung des Therapiefortschritts ist abhängig von Bedürfnissen der Patienten und Patientinnen“ (S. 132) oder die relevanten Themen „Beobachtung der Zielerreichung im Verlauf und ggf. Anpassung zuvor festgelegter Ziele im Verlauf der Therapie“ (S.193), „therapiebegleitende Evaluation“ (S.93), „Erhalt von Feedback von der Psychotherapeutin/dem Psychotherapeuten“ (S.93) und „Verbesserung der Lebensqualität“ (S.93), bleibt unklar bzw. ist nicht kenntlich gemacht.

Insgesamt sind durch die Auswahl des IQTIG in diesem Schritt bedauerlicherweise viele Themen in den Bereichen „Therapiezielvereinbarung“, „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“ und „Outcome“ weggefallen, ohne dass hier eine Begründung vorlag. Aus fachlicher Sicht ist dies nicht verständlich.

#### **Zu den Qualitätsmerkmalen nach Beratung durch das Expertengremium (Kap. 9.4 und 9.5)**

Im Zuge der Beratungen der Qualitätsmerkmale durch die Experten und nachfolgende Entscheidungen wurden 11 von 40 Qualitätsmerkmalen ausgeschlossen, eines wurde neu aufgenommen und 23 Merkmale wurden modifiziert (9.4). Der häufigste Grund für den Ausschluss war nach IQTIG „die Nichterfüllung der beauftragungsspezifischen Anforderung der Diagnose- und Therapieverfahrensunabhängigkeit“ (S.151).

Im Folgenden beschränkt sich der GKV-Spitzenverband allein auf seine kritischen Anmerkungen zu den Änderungen von einzelnen Qualitätsmerkmalen der Übersichtstabelle (Tab. 28) auf Seite 152 ff.:

Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen	
1.1 Information über die verschiedenen Therapieverfahren	Für das Qualitätsmerkmal ist die Definition hier richtig. Für das Verständnis der Patienten ist es aber später wichtig, in den Fragen zu benennen, um welche Therapieverfahren es konkret geht. Ein „u.a.“ vor der Aufzählung würde den gesetzlichen Neuerungen Genüge tun.
Qualitätsaspekt 3: Information und Aufklärung zur Diagnose	
3.1. Aufklärung über mögliche Symptome der Erkrankung	Alle drei Merkmale wurde gestrichen bzw. in das neue Merkmal „Besprechen des Krankheitsbildes“ eingeführt,

<p>3.2. Aufklärung über mögliche Ursachen der Erkrankung</p>	<p>das sehr viel breiter angelegt ist als die vorherigen Merkmale. Dies ist fachlich schwierig, da</p>
<p>3.3. Angebot schriftlicher Informationen zur Erkrankung</p>	<p>1. die Leitlinienempfehlungen zum Thema: Erhalt von Information sowie Aufklärung rund um die Diagnose, ausführliche Aufklärung über die Art der Erkrankung, speziell die Diagnose und Ergänzung der mündlichen durch schriftliche Information eindeutig sind,</p>
<p>NEU: 3.1. Besprechen des Krankheitsbildes</p>	<p>2. die Literaturrecherche ergab, dass PatientInnen es als relevant empfanden, Informationen zur Diagnose zu erhalten und über diese aufgeklärt zu werden,</p> <p>3. auch bei den Fokusgruppen das IQTIG zu dem Ergebnis gekommen ist, dass eine umfassende Aufklärung über die Erkrankung sowie Informationen zu deren Ursachen und Informationen wichtig sind.</p> <p>Die Experten wiederum sagten, dass die Aufklärung über die Symptome der Erkrankung und mögliche Ursachen je nach Therapieverfahren und Diagnose in unterschiedlichem Maße erfolgte und schriftliche Informationen nicht „zielführend“ wären, zumindest nicht ohne sie auch zu besprechen.</p> <p>Aus Sicht des GKV-Spitzenverbands sind die Inhalte der „alten“ Merkmale unerlässlich, und die Beurteilung, dass schriftliche Informationen nicht zielführend seien, wirkt paternalistisch. Das neue Qualitätsmerkmal erscheint insgesamt zu unkonkret: „...es kann z.B. besprochen werden, welche Erkrankung die Patientinnen und Patienten haben und wodurch diese entstehen kann.“</p>
<p>Qualitätsaspekt 4: Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie</p>	
<p>4.1. Aufklärung über das therapeutische Vorgehen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie</p>	<p>Aus dem ursprünglich aus der Literatur und den Fokusgruppen abgeleiteten Qualitätsmerkmal „Aufklärung über das konkrete therapeutische Vorgehen“, das u.a. eine Aufklärung über das geplante Vorgehen sowohl für den Verlauf der Therapie insgesamt als auch für die einzelnen Therapiesitzungen oder auch eine Aufklärung über die konkreten Therapieinhalte und -elemente umfasste, wurde das Qualitätsmerkmal „Aufklärung über das therapeutische Vorgehen“, das erfassen soll,</p>

	<p>ob „konkrete Therapieprozesse konkret vermittelt werden“ (S. 161). Wie dies genau geschehen soll, bleibt im Gegensatz zur ursprünglichen Formulierung vage. Begründung für die Veränderung: Laut Experten sei diese (unkonkretere) Formulierung unabhängiger von den einzelnen Therapieverfahren.</p> <p>Dies ist so nicht richtig. Es ist fachlich nicht zu begründen, warum die ursprünglich formulierte, umfassende und konkrete Informationspflicht über den Verlauf der Therapie, über Therapieinhalte und -elemente in der analytischen oder tiefenpsychologischen Therapie nicht anwendbar sein soll. Die PT-RL beschreibt explizit die Anwendung von psychotherapeutischen Methoden und Techniken. So ist nach § 7 „eine psychotherapeutische Technik ... eine konkrete Vorgehensweise, mit deren Hilfe die angestrebten Ziele im Rahmen der Anwendung von Verfahren und Methoden erreicht werden sollen“.</p> <p>Es zu befürchten, dass mit der vageren Umformulierung dieses Qualitätsmerkmals die zu entwickelnden Indikatoren nur Minimalstandards abfragen und damit wenig valide sind.</p>
<p>Qualitätsaspekt 6: Gemeinsame Behandlungsplanung</p>	
<p>6.1. Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung</p>	<p>Die aufgrund der Expertenmeinung gestrichene „Wahl des Therapieverfahrens“ ist ein Beispiel für eine Beteiligung des Patienten. Zwar kann der Patient nicht erwarten, bei dem Psychotherapeuten, der ihn über die für sein Krankheitsbild passenden Therapieverfahren aufklärt, alle von der Kasse anerkannten Therapieverfahren zu erhalten. Aber er sollte sich nach der Aufklärung natürlich für das Verfahren entscheiden, mit dem er das nächste oder gar mehrere Jahre hintereinander behandelt wird. Das kann das Verfahren sein, das der Psychotherapeut anbietet, der ihn aufklärt, oder ein anderes, für das der Patient dann möglicherweise einen anderen Psychotherapeuten aufsuchen muss. Dass die Experten hier diese Entscheidung durch den Patienten als Beispiel gestrichen sehen wollten, zeigt, dass die Aufklärungspflichten mitsamt ihren Wirkungen nicht konsequent zu Ende gedacht wurden und das Prinzip</p>

	<p>der partizipativen Entscheidungsfindung nicht berücksichtigt wurde. Das ist aus fachlicher Sicht nicht akzeptabel (s. auch § 12 PT-RL)<sup>1</sup>.</p>
<p>6.3. Angebot zum Einbezug von Angehörigen</p>	<p>Nach § 9 PT-RL (Einbeziehung des sozialen Umfeldes) kann es „im Rahmen einer Psychotherapie ... notwendig werden, zur Erreichung eines ausreichenden Behandlungserfolges für die Behandlung der psychischen Störung relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten in die Behandlung einzubeziehen.“</p> <p>Eine Einschränkung dieser Notwendigkeit auf bestimmte Diagnosen oder Therapieverfahren findet in der PT-RL nicht statt. Zu Recht: Es bleibt immer Aufgabe in der Therapie gemeinsam zu klären, ob eine Einbeziehung der Angehörigen wichtig und richtig ist oder nicht – aus Sicht des Patienten und aus Sicht des Psychotherapeuten. Dazu muss der Patient aber wissen, dass dieses Angebot überhaupt existiert. Entsprechend sollte dieses Qualitätsmerkmal abfragen, ob dem Patienten kommuniziert wurde, dass diese Möglichkeit besteht und ob geklärt wurde, was die Ziele und die Motivation des Patienten sein können bezüglich einer Einbindung, oder auch was dagegenspricht. Es ist widersprüchlich, dass die Wichtigkeit dieses Angebotes noch in den Fokusgruppen betont wurde (S. 116) und dann in der Expertengruppe mit Hinweis auf die Diagnose- und Therapieverfahrensunabhängigkeit ausgeschlossen wurde (S. 167) Dabei wurde nicht beantwortet, welche ICD-10 Diagnose und welches Verfahren diese Möglichkeit explizit ausschließen.</p> <p>Das ist fachlich nicht akzeptabel. Ob eine Praxis dieses Behandlungstool und in welchem Umfang anbietet, ist den Leitlinien nach sehr wohl ein Qualitätsmerkmal.</p>

<sup>1</sup> § 12 Probatorische Sitzungen

(1) Probatorische Sitzungen sind Gespräche, die zur weiteren diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, zur weiteren Indikationsstellung und zur Feststellung der Eignung der Patientin oder des Patienten für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren unter Berücksichtigung der Ausschlüsse gemäß § 27 Absatz 3 dienen. Dabei sind auch weitere differenzialdiagnostische Abgrenzungen des Krankheitsbildes und eine Einschätzung der Prognose vorzunehmen. In den probatorischen Sitzungen erfolgt auch eine Klärung der Motivation, der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit der Patientin oder des Patienten. Darüber hinaus dienen sie einer Abschätzung der persönlichen Passung, d. h. einer tragfähigen Arbeitsbeziehung von Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut. Entscheidungen zu weiteren Behandlungen sollten nach entsprechender Information der Patientin oder des Patienten mit diesem gemeinsam getroffen werden.

	<p>Allerdings ist bekannt, dass viele Psychotherapeuten den Einbezug von Angehörigen auch aufgrund des zusätzlichen Aufwandes scheuen, obwohl die Patienten dies als sehr hilfreich empfinden (S. 116). Hier scheint sich zusätzlich eine paternalistische Haltung entgegen des Prinzips der partizipativen Entscheidungsfindung durchgesetzt zu haben.</p>
<p>Qualitätsaspekt 8: Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf</p>	
<p>Dieser wichtige Qualitätsaspekt wird durch nur ein Qualitätsmerkmal repräsentiert. Dies erscheint aus jetziger Sicht im Vergleich mit den anderen Qualitätsaspekten als unausgewogen. Leitlinien betonen die Bedeutung einer therapiebegleitenden Evaluation (S. 83). Dies kann z.B. über eine routinemäßige Ergebnismessung mittels etablierter Messinstrumente erfolgen oder durch eine regelmäßige Überprüfung der Erreichung der am Anfang der Therapie vereinbarten Ziele. Selbstverständlich kann dies auch zu einer gemeinsamen Adjustierung der Ziele im Verlauf führen.</p> <p>Der Einsatz von Messinstrumenten zum Monitoring des Fortschritts wurde dabei auch von der Fokusgruppe der Psychotherapeuten hervorgehoben (S. 120).</p> <p>Warum diese Themen – die unabhängig von Diagnose und Verfahren sind, aber die Wirksamkeit in den Fokus nehmen – eliminiert wurden, erschließt sich nicht.</p>	
<p>8.1 Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie</p>	<p>Wie das IQTIG auf S. 146 schreibt, ermöglicht eine Zwischenbilanz oder ein Feedback des Psychotherapeuten den Patienten „ihre eigene Entwicklung ... besser einzuordnen und eine Rückschau auf Veränderung zu erhalten“ (S.146).</p> <p>Insofern ist das Qualitätsmerkmal prinzipiell sinnvoll. Allerdings ist es sehr vage gehalten. Die Operationalisierung wird zeigen, ob der oder die diesbezüglichen Indikatoren am Ende möglicherweise nur Minimalstandards messen und wenig valide sind – wie es die Formulierung des Merkmals befürchten lässt.</p>
<p>Qualitätsaspekt 10: Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes</p>	
<p>10.2 Angebot zu Gesprächen nach Ende der Therapie</p>	<p>Beide Behandlungsformen (Gespräche nach Ende der Therapie und Vergrößerung des Abstandes zwischen den Therapiesitzungen) gehören nach § 14 PT-RL zur Rezidivprophylaxe und damit zum Angebot einer psychotherapeutischen Praxis.</p>
<p>10.3 Angebot des Ausschleichens der Therapie durch Vergrößerung des zeitlichen Abstandes zwischen den Therapiesitzungen</p>	

	<p>Gemäß der PT-RL kann es „bei einigen Patientinnen oder Patienten sinnvoll sein, zur Erhaltung der erreichten und mit der Patientin oder dem Patienten erarbeiteten Ziele eine weitere Behandlung – im Sinne einer „ausschleichenden Behandlung“ – mit den innerhalb des bewilligten Kontingentschritts verbliebenen Stunden durchzuführen“.</p> <p>Diese Regelung ist unabhängig von der Diagnose und dem Therapieverfahren. Sie sollte im besten Fall mit dem Patienten besprochen werden und das Für und Wider, die Ziele und Erwartungen erörtert werden.</p> <p>Diese Regelung ist nicht ohne Grund in die PT-RL aufgenommen worden: Leitlinien schreiben, dass eine psychotherapeutische Nachbehandlung in Form von Folgeterminen zur Stabilisierung des Therapieerfolges angeboten werden soll (S. 83) und Studien zeigten, dass das Ende der Therapie für Patienten häufig zu früh kam (S. 90). Dies wird durch die Ergebnisse aus den Fokusgruppen (S. 125) sowohl von Patienten- als auch von Psychotherapeutenseite gestützt.</p> <p>In der Praxis sieht dies leider oft anders aus. Insofern sollte die Frage, ob eine Praxis ein solches Angebot, dass mehr Anforderungen an die Organisation einer Praxis stellt als die wöchentliche Gesprächstherapie, überhaupt anbietet, und in welchem Umfang, sehr wohl ein Thema der Qualitätssicherung sein.</p> <p>Dabei muss das Angebot selbstverständlich nicht jedem Patienten gemacht werden. Diese Frage könnte entsprechend über den Referenzbereich geregelt werden. Die Argumentation der Experten, die vorgeschlagenen Qualitätsmerkmale eigneten sich nicht, da sie nicht bei jeder Diagnose und jedem Patienten zu empfehlen wären, ist u.E. entsprechend falsch. Auch hier scheint sich also in der Expertengruppe eine bequeme und paternalistische Haltung entgegen des Prinzips der gemeinsamen Entscheidungsfindung durchgesetzt zu haben.</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Insgesamt zeigt die Überblickstabelle auf S. 177–178, dass am Ende des Prozesses 30 Qualitätsmerkmale zu den 11 Qualitätsaspekten vorliegen. Prinzipiell sind alle Qualitätsmerkmale inhaltlich verständlich hergeleitet und formuliert worden. Dennoch sticht die unterschiedliche Verteilung bei Betrachtung der Qualitätsmerkmale ins Auge:

Für den Qualitätsaspekt

- „Information zu den Rahmenbedingungen“ wurden sechs Qualitätsmerkmale entwickelt
- „Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie“ wurde ein Qualitätsmerkmal entwickelt
- „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“ nur noch ein Qualitätsmerkmal
- „Outcome“ verbleiben immerhin vier Qualitätsmerkmale.

Dies könnte auf ein Ungleichgewicht hinweisen: formale organisatorische und Merkmale wie „Information zur Antragstellung“ oder „Information zur Behandlungsfrequenz“ sind einfach operationalisier- und erfassbar und erscheinen überrepräsentiert gemessen an der Anzahl der Qualitätsmerkmale insgesamt. Die inhaltliche Ausrichtung der Therapie und Fragen, inwieweit ein Krankheitsmodell sowie ein Behandlungsplan gemeinsam mit dem Patienten entwickelt wurden, ob Behandlungsziele besprochen und ggf. angepasst wurden, werden so nicht erfasst. Ebenso wenig wie die Frage, was als Ergebnis der Behandlung beim Patienten ankommt.

Dieses Ungleichgewicht zeigt sich auch in den Zahlen: gleich 13 von 30 Qualitätsmerkmalen fokussieren sich auf den Erhalt von Informationen und Aufklärung (zumeist gleich zu Beginn der Therapie), während sich nur vier mit dem Outcome beschäftigen und nur einer mit dem Fortschritt im Verlauf der Therapie. Gerade letzteres ist fachlich nicht nachvollziehbar.

Dem GKV-Spitzenverband ist bewusst, dass die Anzahl der Qualitätsmerkmale nicht direkt auf die Anzahl der zukünftigen Indikatoren schließen lässt. Den Methodischen Grundlagen nach werden Indikatoren letztlich eher auf der Ebene der Qualitätsaspekte gebildet bzw. aus den einzelnen Items aggregiert. Insofern ist die Gewichtung innerhalb des späteren Indikatorensatzes jetzt nicht beurteilbar. Die jetzige Gewichtung der Qualitätsmerkmale gibt jedoch Anlass zur Sorge. Unter Aufwand-Nutzen Gesichtspunkten plädieren der GKV-Spitzenverband für ein Set, dass sich mehr auf das Outcome und die Fortschritte in Verlauf der Therapie bezieht, während die Qualitätsmerkmale zu den Qualitätsaspekten „Information und Aufklärung zu Therapieverfahren und Behandlungsoptionen“ sowie zu den „Rahmenbedingungen“ priorisiert und reduziert werden sollten. Dies ist u.E. auch auf der Basis der Ergebnisse der Literaturrecherche und der Fokusgruppen und sogar der Expertenberatungen möglich.

Insgesamt sollte das Primat der Datensparsamkeit gelten und eine schlanke Patientenbefragung entwickelt werden, die die entscheidenden patientenrelevanten Fragen zum Prozess und auch zum Erfolg der Therapie stellen.

#### **IV.4 Zur möglichen Umsetzung der Patientenbefragung (Kapitel 10)**

Im Kapitel 10 werden die rechtlichen Rahmenbedingungen, der Datenfluss über die Versendestelle und die Problematik der QS-Auslösung beschrieben. Insgesamt ist dieser umsetzungsbezogene Teil kurz gehalten, insbesondere die Abschnitte, die sich mit den verfahrensspezifischen Herausforderungen befassen.

Die Möglichkeit einer Auslösung der Befragung am Ende der Behandlung wurde in Kapitel 5 (S. 52) als Voraussetzung für die Erfassung der Ergebnisqualität dargestellt. Um die Zuschreibbarkeit zu gewährleisten, müsse die Befragung zeitnah nach Ende der Therapie erfolgen, was eine Identifikation des Therapieendes voraussetze. Diese sei über Abrechnungsdaten jedoch nicht möglich. Die „Diskussion möglicher Ansätze zur Umsetzbarkeit“ (S. 52) in Kapitel 10 ist äußerst knapp: es werde die Einführung eines Datenfeldes im Rahmen der zu entwickelnden QS-Dokumentation der Leistungserbringer oder einer gesetzlich vorgeschriebenen Basisdokumentation als Lösungsmöglichkeit geprüft. Diese Knappheit ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbands unbefriedigend. Wenn die Identifikation des Therapieendes zwingend notwendig für die valide Erfassung von Ergebnisqualität sein sollte, dann bedarf es unbedingt einer ausführlichen Erörterung der Lösungsmöglichkeiten und Herangehensweisen des IQTIG. Die zukünftige verpflichtende Basisdokumentation liegt zwar nicht im Kompetenzbereich des IQTIG, könnte aber im Sinne einer Empfehlung ggf. genutzt werden.

Im Abschnitt zur Versendestelle wird die Möglichkeit angesprochen, dass abhängig von der weiteren inhaltlichen Entwicklung des Befragungsinstruments ggf. mehrere Fragebogenversionen für unterschiedliche Patientengruppen eingesetzt werden könnten (S. 183 und 185). Mit Blick auf die ohnehin schon geringen Fallzahlen je Einrichtung spricht sich der GKV-Spitzenverband ausdrücklich dafür aus, die Befragungsinhalte so zu konzipieren, dass sie möglichst oder ganz überwiegend auf alle Patienten zutreffen.

Zum Thema Löschfristen bzw. Änderung von normativen (gesetzlichen) Vorgaben wird auf das unter IV.2 Gesagte verwiesen. Wo immer solche Änderungen im Zuge von Entwicklungsarbeiten als notwendig erkannt werden, sollte eine ausführliche Begründung und Erörterung im Bericht erfolgen. Dies betrifft auch den Vorschlag zur verpflichtenden Dokumentation des Therapieendes in der Basisdokumentation. Unbenommen davon hat das IQTIG das Verfahren und seine Instrumente



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands vom 08.04.2020

zum Zwischenbericht des IQTIG: Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter

Seite 23 von 23

so zu entwickeln, dass sie unter den gegebenen normativen bzw. gesetzlichen Möglichkeiten umgesetzt werden können. Andernfalls bedarf es einer frühzeitigen Information gegenüber dem G-BA als Auftraggeber.

## Literatur

IQTIG (2018): Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2018. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG\\_Patientenbefragung\\_QS-PCI\\_Abschlussbericht-mit-AT\\_2018-12-15.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Patientenbefragung_QS-PCI_Abschlussbericht-mit-AT_2018-12-15.pdf)

IQTIG (2019a): Methodische Grundlagen V.1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.1\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf)

IQTIG (2019b): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter. Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell. Erstellt im Auftrag des G-BA. Stand: 28.02.2019. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht]

# STELLUNGNAHME DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG

ZUM ZWISCHENBERICHT DES IQTIG  
„ENTWICKLUNG EINER PATIENTENBEFRAGUNG FÜR DAS QS-  
VERFAHREN ZUR AMBULANTEN PSYCHOTHERAPEUTISCHEN  
VERSORGUNG GESETZLICH KRANKENVERSICHERTER“  
(STAND 2. MÄRZ 2020)

DEZERNAT  
VERSORGUNGSQUALITÄT

17. APRIL 2020

VERSION 1.0

# INHALT

---

<b>1. EINLEITUNG</b>	<b>3</b>
<hr/>	
<b>2. ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT</b>	<b>4</b>
<hr/>	
<b>3. KAPITELBEZOGENE ANMERKUNGEN</b>	<b>5</b>
3.1. Kapitel 5 „Methodische Herausforderungen“	5
3.2. Kapitel 9 „Ableitung der Qualitätsmerkmale“	7
<hr/>	
<b>4. WEITERE ANMERKUNGEN</b>	<b>10</b>
<hr/>	
<b>ANLAGE</b>	<b>11</b>

# 1. EINLEITUNG

Gemäß Plenumsbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wurde das wissenschaftliche Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) am 17. Mai 2018 mit der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter beauftragt (QS Amb. PsychTh). Basierend auf einer Konzeptskizze des AQUA-Institutes aus dem Jahre 2015 ist das IQTIG insbesondere beauftragt worden, eine Patientenbefragung in das zu entwickelnde QS-Verfahren zu integrieren. Dem Konzept des IQTIG folgend (siehe „Methodische Grundlagen V1.1“, März 2019; Seite 77 f.) werden nun in Form eines Zwischenberichtes die erarbeiteten Qualitätsmerkmale und Qualitätsaspekte mit Relevanz für eine zukünftige Patientenbefragung vorgestellt.

Die KBV gibt als zu beteiligende Organisation nach § 137a Abs. 7 SGB V ihre Stellungnahme zu diesem Zwischenbericht ab. Der Abschlussbericht zur Entwicklung des Instrumentes der Patientenbefragung wird zum 31. August 2021 erwartet – eine weitere Stellungnahme ist nicht vorgesehen. Im Vorfeld entwickelte das IQTIG bereits ein Qualitätsmodell für das gesamte QS-Verfahren Amb. PsychTh. Zu dem Zwischenbericht vom Februar 2019 erfolgte kein Stellungnahmeverfahren. Ergänzend wird im November 2020 ein Abschlussbericht zu den Qualitätsindikatoren erwartet, die NICHT das Instrument der Patientenbefragung ausmachen werden. Dieser Anteil der QS ist das sogenannte „Klassik“-Verfahren und enthält Indikatoren, die auf einer Falldokumentation bei den Leistungserbringern, einer Einrichtungsbefragung oder Sozialdaten bei den Krankenkassen als Datenquelle basieren können. Dieser Verfahrensanteil wird aktuell parallel zu den Arbeiten an der Patientenbefragung entwickelt. Zu diesem Abschlussbericht des „Klassik“-Verfahrens ist wiederum ein Stellungnahmeverfahren nach § 137a Abs. 7 SGB V geplant (siehe **Tabelle 1**).

IQTIG Bericht	Fertigstellung	Stellungnahme nach § 137a Abs. 7
<b>Zwischenbericht Qualitätsmodell</b> (gesamtes Verfahren)	Februar 2019	nein
<b>Zwischenbericht Patientenbefragung</b>	März 2020	ja
<b>Abschlussbericht</b> (Indikatoren <u>ohne</u> Patientenbefragung)	November 2020 (verschoben, zuvor August 2020)	ja
<b>Abschlussbericht</b> (Indikatoren <u>nur</u> Patientenbefragung)	August 2021	nein

**Tabelle 1** Berichtswesen bei der Entwicklung des QS-Verfahrens "Amb. PsychTh" – Darstellung KBV

Dieses Vorgehen führt dazu, dass wissenschaftliche Fachgesellschaften den hier vorliegenden Zwischenbericht nicht korrekt in einen Gesamtkontext einordnen können; der Zwischenbericht zum Qualitätsmodell liegt ihnen nicht vor. Die – vom IQTIG methodisch begründete – Entscheidung, in dem einen Fall eine Stellungnahme zum Abschlussbericht zuzulassen, in dem anderen Fall allerdings nicht, bedingt, dass zu keinem Zeitpunkt das gesamte QS-Verfahren als vollständiges und fertiges Produkt betrachtet werden kann. Außerhalb einer kleinen Personengruppe, die Einsicht in die vertraulichen Berichte des IQTIG an den G-BA hat, ist das Gesamtkonzept der QS Amb. PsychTh kaum mehr nachvollziehbar und nahezu unmöglich zu überblicken.

Die KBV hofft, dass bei zukünftigen Verfahren eine deutliche Simplifizierung dieses Vorgehens erzielt werden kann und den Beteiligten die Möglichkeit eingeräumt wird, umfassend zu allen Aspekten der Verfahrensentwicklung zu **einem Zeitpunkt Stellung nehmen zu können**. Insbesondere eine methodische Angleichung der Entwicklungsarbeiten zu „Klassik“- und Patientenbefragungsindikatoren ist anzustreben.

## 2. ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT

Die KBV hat sich in dieser Stellungnahme im Wesentlichen auf Anmerkungen zu **Teil II Kapitel 5 „Methodischer Rahmen“** sowie **Teil II Kapitel 9 „Ableitung der Qualitätsmerkmale“** konzentriert.

Bereits zu diesem Zeitpunkt ist festzuhalten, dass **ein wesentliches Ziel der Beauftragung vom Mai 2018 vom IQTIG bisher nicht erfüllt wird**, sollte nicht ein deutlicher Paradigmenwechsel im Laufe der noch folgenden Entwicklungsarbeiten stattfinden. Laut Plenumsbeschluss des G-BA sollte ein „kompaktes, fokussiertes“ Instrumentarium das Ziel der Beauftragung sein. Die hier erfolgte Darstellung von insgesamt 10 Qualitätsaspekten mit 30 – zum Teil kaum voneinander unterscheidbaren – Qualitätsmerkmalen lässt vermuten, dass vom IQTIG voraussichtlich ein überkomplexes Verfahren entwickelt wird. Aufgrund dieser deutlich erkennbaren Tendenz **schlägt die KBV zum weiteren Vorgehen folgende Punkte vor:**

- › **eine deutliche Reduzierung der Inhalte vorzunehmen** und sich bei der Weiterentwicklung auf maximal 7 Qualitätsaspekte und 18 Qualitätsmerkmale zu beschränken. Die KBV hat hierzu Vorschläge erarbeitet. Subjektive Erfassungen einer allgemeinen Patientenzufriedenheit sind hierbei unter Vorbehalt zu stellen, und objektivierbaren Parametern sollte Vorzug gegeben werden.
- › **einen einzelnen Messzeitpunkt für die Befragung zu erarbeiten** und auf vergleichende Messungen in einem ersten Schritt zu verzichten. Vergleichende Messungen – insbesondere zur Erfassung der Ergebnisqualität – können im Rahmen einer Verfahrensweiterentwicklung aufgegriffen werden.
- › **auf die Erarbeitung von Referenzbereichen und vollständigen Rechenregeln für die Indikatoren zu achten.** Die KBV wird grundsätzlich eine Implementierung von Indikatoren ohne nachvollziehbare und verlässliche Referenzbereiche sowie eindeutig definierte Rechenregeln ablehnen.
- › **modulartige Entwicklungskonzepte für die Patientenbefragung zu berücksichtigen** und auf kleinteilige Stratifizierungen des Patienten (-und Leistungserbringer) Kollektivs zu verzichten. Die Entwicklung einer Vielzahl unterschiedlicher Fragebögen sollte vermieden werden.
- › **auf Gesetzesänderungen des § 299 SGB V zur Verlängerung von Aufbewahrungsfristen der patientenidentifizierenden Daten zu verzichten.** Nach Einschätzung der KBV ist es dem IQTIG zuzumuten, auf Basis der bestehenden Gesetzeslage ein funktionierendes Instrument der Patientenbefragung zu entwickeln.

Basis einer gesetzlichen Qualitätssicherung sollte stets ein nachweisbares oder anzunehmendes Qualitätsdefizit, die eindeutige Zuschreibbarkeit der gemessenen Inhalte zu einem Leistungserbringer sowie das Potential der Qualitätsverbesserung durch diesen Leistungserbringer sein. Das IQTIG ist nicht beauftragt, Versorgungsforschung auf Basis von QS-Daten zu betreiben oder eigenentwickelte Hypothesen mittels empirischer Datenerhebung zu überprüfen. Übergangsweise ist eine – zweckgebundene und für alle Beteiligten transparent nachvollziehbare – Datenerhebung über Kennzahlen möglich, falls die Einführung verlässlicher Qualitätsindikatoren noch nicht möglich erscheint. Die KBV sieht ein solches Vorgehen allerdings lediglich als temporäres Hilfskonstrukt an, das maximal im ersten Jahr der Datenerhebung Anwendung finden kann

Zum jetzigen Zeitpunkt bleibt offen, ob der noch zu entwickelnde Fragebogen im Zusammenspiel mit den ebenfalls noch in Entwicklung befindlichen „Klassik“-Indikatoren geeignet sein wird, therapie- und diagnoseunabhängige Aussagen zur Qualität einer psychotherapeutischen Behandlung zu treffen. Der vorliegende Bericht gibt dies nur sehr eingeschränkt zu erkennen. Der zu betreibende Aufwand scheint auf der Basis der jetzt dargestellten Qualitätsmerkmale nicht gerechtfertigt, insbesondere da dem bislang kein angemessener Nutzen gegenüberzustehen scheint. Die Erfassung einer allgemeinen Patientenzufriedenheit oder die korrekte Abfolge prozessualer Abläufe (siehe Qualitätsaspekt 1 bis 4 des IQTIG-Konzeptes) haben voraussichtlich keine Aussagekraft über Qualität oder Wirksamkeit der therapeutischen Inhalte. Eine

objektivierbare Erfassung von Ergebnisqualität wird voraussichtlich nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich sein.

Die Vielzahl der aufgeführten Herausforderungen können in diesem Zwischenbericht lediglich ansatzweise diskutiert werden. Lösungsansätze werden für den Abschlussbericht angekündigt. Dies ist methodisch nachvollziehbar, jedoch mit der Problematik behaftet, dass es kein weiteres Stellungnahmeverfahren geben wird. Die KBV behält es sich vor, in den Beratungen des G-BA zur späteren Verfahrensumsetzung der „QS-Ambulante Psychotherapie“ von den Empfehlungen des IQTIG – falls notwendig – abzuweichen.

## 3. KAPITELBEZOGENE ANMERKUNGEN

### 3.1. KAPITEL 5 „METHODISCHE HERAUSFORDERUNGEN“

Wesentliche Fragestellungen zu Auslösungsmodalität, Befragungszeitpunkt und -häufigkeit, Stratifizierung der Grundgesamtheit, Konzepten der Risikoadjustierung etc. werden in diesem Zwischenbericht (noch) nicht beantwortet. Aufgrund der außergewöhnlichen Vielzahl und Relevanz dieser methodischen Herausforderungen bittet die KBV das IQTIG, den Unterausschuss Qualitätssicherung sowie die zuständige Arbeitsgemeinschaft „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ enger als üblich in den weiteren Entwicklungsprozess zum methodischen Vorgehen einzubeziehen und alle Richtungsentscheidungen in diesen Gremien abzustimmen. Es ist unbedingt zu vermeiden, den G-BA noch im Abschlussbericht mit einer Vielzahl offener Fragen zu konfrontieren. Eine frühzeitige Klärung ist anzustreben sowie die bilaterale, vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen IQTIG und G-BA fortzusetzen, um eine Verfahrensumsetzung zu ermöglichen.

#### **Stichproben-, Auswertungskonzept und Risikoadjustierung**

Auf den Seiten 76/77 des Berichtes wird dargestellt, dass das hier betrachtete Verfahren von extrem kleinen Fallzahlen pro Leistungserbringer geprägt ist. Erschwerend zu den kleinen Fallzahlen kommt hinzu, dass aufgrund der Zusammensetzung des Patientenkollektivs aus psychisch (schwer) belasteten Personen, optimale Rücklaufquoten der Befragung voraussichtlich nicht zu erwarten sind. Ob auf dieser Basis Stichprobenkonzepte zur Auslösung der Befragung verwendet werden können, darf angezweifelt werden. Voraussichtlich wird es auf eine Vollerhebung des gesamten Patientenkollektivs eines Therapeuten hinauslaufen. Bei insgesamt ca. 30.000 Leistungserbringern und 1,2 Millionen Patienten Befragungen durchführen zu müssen, entspricht allerdings einem bislang noch nie dagewesenen und auf Basis der hier vorgestellten Inhalte kaum zu rechtfertigenden Aufwand.

**Die KBV hält eine völlige Neuentwicklung der Fragen zu Stichprobengröße, Auswertung und Risikoadjustierung für erforderlich.** Diese sollte insbesondere die Vermeidung einer Vollerhebung zum Ziel haben. Die vom IQTIG genannte Zielsetzung, ein Auswertungskonzept entwickeln zu wollen, dass auch bei sehr kleinen Fallzahlen statistisch zuverlässige Aussagen zulässt, erscheint zu ambitioniert. Etwa 30 % aller psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringer führen bei maximal 30 Patienten/Jahr eine psychotherapeutische Versorgung durch. Hier kann kein noch so sorgfältig erarbeitetes Auswertungskonzept Aussagen zuverlässig gestalten, so dass man Vergleichbarkeit herstellen oder daraus justiziable Maßnahmen gegenüber Leistungserbringern ableiten könnte. Jeder rechnerische Eingriff in kleine Fallzahlen birgt vielmehr ein hohes Risiko der Ergebnisverzerrung. Erschwert wird dies dadurch, eine „angemessene Risikoadjustierung“ durchführen zu wollen. Kleine Fallzahlen können nicht zufriedenstellend risikoadjustiert werden, da man davon ausgehen muss, ein Ergebnis eher zu verzerren, denn geeignet zu gewichten. Die Vergleichbarkeit solcher Befragungsergebnisse sowohl gewichtet wie auch ungewichtet ist nicht gegeben. Ein zweimaliger rechnerischer Eingriff bei kleinen Fallzahlen, erstens durch ein Auswertungskonzept und zweitens durch eine Risikoadjustierung, ist abzulehnen.

**Folgendes alternative Vorgehen sollte bevorzugt werden:** Basieren Ergebnisse von Patientenbefragungen auf kleinen Fallzahlen, ist die eingeschränkte Aussagekraft der Ergebnisse transparent den beteiligten Leistungserbringern zu kommunizieren. Qualitätsindikatoren können in einem solchen Fall zu Kennzahlen umgewandelt werden. Auf eine vermeintliche Sicherheit durch Risikoadjustierungen, welche jedoch vielmehr eine Verzerrung darstellt, sollte bei kleinen Fallzahlen vollständig verzichtet werden.

### **Beobachtungszeitraum**

Das IQTIG schlägt auf Seite 45 vor, den Beobachtungszeitraum aufgrund kleiner Fallzahlen auf zwei Jahre zu verlängern; dies ist grundsätzlich problematisch. Je länger ein Beobachtungszeitraum gewählt wird, umso höher wird das Risiko veränderter Rahmenbedingungen und damit einhergehend der Verlust von Vergleichbarkeit und insbesondere der Zuschreibbarkeit von Ergebnissen (Personalwechsel, Änderungen bei Richtlinien und Leitlinien, Baumaßnahmen in und außerhalb der Praxis, etc.).

### **Die KBV bittet im Abschlussbericht um Darstellung und Beantwortung folgender Fragestellungen:**

- › Wie viele neue Patienten pro Leistungserbringer kommen im Durchschnitt hinzu, wenn der Beobachtungszeitraum um ein Jahr auf die genannten beispielhaften zwei Jahre verlängert wird?
- › Wie wirkt sich eine Verlängerung des Beobachtungszeitraumes auf diese zwei Jahre auf die Vergleichbarkeit und Zuschreibbarkeit der Befragungsergebnisse zu einem Leistungserbringer aus?

Eine Beantwortung dieser Fragen muss vor der normativen Umsetzung des Verfahrens im Rahmen der DeQS-RL unbedingt erfolgen. Können keine signifikanten Vorteile für die Verfahrensumsetzung und Verlässlichkeit der Ergebnisauswertung nachgewiesen werden, wäre eine Verlängerung der Beobachtungszeit seitens der KBV abzulehnen.

### **Mess- und Befragungszeitpunkt**

Veränderungsmessung: Unter den gegebenen Rahmenbedingungen erscheint es fast unvermeidlich, dass Patienten mehrfach befragt werden müssen, wenn man Veränderungen tatsächlich feststellen will. Dabei muss allerdings aufgrund der unterschiedlichen Diagnosen und vielfältigen Behandlungsalternativen sichergestellt sein, dass genau dieselben Patienten mehrfach befragt werden und auch tatsächlich antworten. Eine Clusterung von Ergebnissen je Leistungserbringer kann bei einem solchen Konzept nicht erfolgen. An dieser Stelle sei erneut auf Einschränkungen durch die kleinen Fallzahlen pro Leistungserbringer hingewiesen. Eine ohnehin kleine und diagnoseheterogene Patientengruppe zweimal befragen zu wollen, um eine adäquate, therapiebezogene Aussage zu einer Ergebnisqualität zuverlässig abzubilden, erscheint schwerlich umsetzbar. Schnell wird die Situation erreicht, dass QS-Maßnahmen – bis hin zu Vergütungsabschlägen – auf der Basis einzelner Patientenaussagen umgesetzt werden müssen. Setzt sich ein solches Vorgehen durch, steht zu befürchten, dass eine Patientenselektion bei den Leistungserbringern stattfinden könnte. Die Behandlung unkooperativer Patienten würde eventuell vermieden werden oder notwendigen, konfliktiven Konfrontationen im therapeutischen Verhältnis ausgewichen werden, um sich einer solchen Negativ-Beurteilung durch eine Patientenbefragung mit potentiell weitreichenden Konsequenzen zu entziehen.

Normbasierter Ansatz: Der normbasierte Ansatz als Alternative zur Veränderungsmessung erscheint ebenfalls problematisch, da im Verfahren Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen und therapeutischen Ansätzen integriert sind, deren Gemeinsamkeit lediglich die ambulante psychotherapeutische Versorgung ist. Eine Norm zu definieren, um das Ergebnis der Patientenbefragung für ein diagnose- und therapieunabhängiges Outcome übergreifend zu bewerten, erscheint daher äußerst fraglich. Je nach Diagnose kann durch die ambulante Psychotherapie eine Genesung erzielt oder aber nur eine Stabilisierung oder minimale Verbesserung des Zustandes erreicht werden.

**Die KBV spricht sich für einen einzigen Messzeitpunkt aus.** Trotz der deutlich erkennbaren Problematik bei der Verwendung eines normbasierten Ansatzes in Bezug auf die Erfassung der Ergebnisqualität geht die

KBV davon aus, dass mit einer Einzelmessung die Erfassung einer Prozessqualität uneingeschränkt möglich ist. Ergänzend wäre es wünschenswert, im Vorfeld der Verfahrensumsetzung eine Literaturrecherche zu der Fragestellung zu ergänzen, ob die Erfassung solcher prozessualen Items eine Aussagekraft für den Outcome einer Behandlung haben können. Das IQTIG selbst formuliert im vorliegenden Zwischenbericht Zweifel (Seite 11), ob Ergebnisqualität im Rahmen des geplanten QS-Verfahrens sachgerecht abbildbar ist. Diese Zweifel werden in diesem Zwischenbericht nicht abgemildert. Im Gegenteil, es festigt sich der Eindruck, dass die Erfassung einer Ergebnisqualität nicht oder nur unzureichend möglich sein wird. Für die sachgerechte Erfassung der Ergebnisqualität von Psychotherapien „unabhängig von der spezifischen Diagnose der Patientinnen und Patienten sowie unabhängig vom angewandten psychotherapeutischen Verfahren“ bedarf es umfangreicher Prä-, Post- und Follow-up-Messungen, deren Durchführung mit einer hinreichenden Rücklaufquote unrealistisch erscheint. Soll aus diesen Daten dann auch noch auf den Bedarf an „Qualitätsförderung“ einzelner Praxen geschlossen werden, wären große Fallzahlen mit vollständigen Datensätzen dieser umfangreichen Messungen notwendig, die ebenfalls kaum realisierbar sein dürften.

Aus diesen Gründen kann sich die Befragung vermutlich nur auf eine einmalige Erhebung der „Zufriedenheit“ richten, was aber nicht mit einer echten Erfassung von Ergebnisqualität verwechselt werden darf. Auch bei der Interpretation von Zufriedenheitsangaben wären differenzielle Aspekte (z. B. Art, Schwere und Komplexität der Störung) zu berücksichtigen. Die vorgeschlagenen Konzepte der Veränderungsmessung erscheinen momentan zu unausgereift, ehrgeizig und komplex, um in einer gesetzlichen QS ihren Platz zu finden.

Sollte es dem IQTIG nicht möglich sein, Referenzbereiche und Rechenregeln für die zukünftigen Indikatoren zu erarbeiten, ist auf den Einsatz dieser Indikatoren unbedingt zu verzichten. Dies wird voraussichtlich auf alle Indikatoren zur Messung eines Therapie-Outcomes zutreffen. Allenfalls kann auch hier im eingeschränkten Maße die Datenerhebung temporär über Kennzahlen erwogen werden. Ein solches Vorgehen ist zwingend vor Implementierung des Verfahrens einvernehmlich im G-BA zu vereinbaren.

### 3.2. KAPITEL 9 „ABLEITUNG DER QUALITÄTSMERKMALE“

Als Ergebnis der Entwicklungsarbeiten schlägt das IQTIG **10 Qualitätsaspekte und 30 Qualitätsmerkmale** vor (vgl. Kapitel 9.5). Diese basieren auf einer umfangreichen Literaturrecherche zu relevanten Leitlinien, systematischen Übersichtsarbeiten sowie qualitativen Studien (vgl. Kapitel 9.1) und den Ergebnissen der Fokusgruppen (vgl. Kapitel 9.2). Dabei fällt auf, dass vorwiegend Leitlinien verwendet wurden, die für eine psychiatrische Behandlung spezifischer Störungsbilder entwickelt wurden. Die Bedeutung der Medikationserhebung oder die Suchtanamnese spielt in der Psychotherapie allerdings eine eher untergeordnete Rolle. Ebenfalls wurden vorwiegend Leitlinien aus Großbritannien eingeschlossen. Hier ist eine Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem und den Inhalten der Psychotherapie-Richtlinie äußerst fraglich. Weiterhin findet nur wenig Berücksichtigung oder Diskussion der inhaltlichen Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie statt, der Schwerpunkt liegt in der Schilderung der formalen Aspekte, bspw. des Antrags- und Genehmigungsverfahrens. Hinweise oder eine Auseinandersetzung mit der ätiologischen Orientierung der Richtlinienverfahren fehlen im Zwischenbericht sowie die Berücksichtigung inhaltlicher Voraussetzungen (Motivation, Lebensumstände etc.) zur Einleitung einer Richtlinien-Psychotherapie. Die Fokus-Gruppen scheinen weitestgehend lediglich zur Bestätigung der IQTIG-Vorannahmen über Qualitätsmerkmale herangezogen worden zu sein und weniger zur Generierung von ergänzenden Erkenntnissen über Therapiequalität.

Ein Expertengremium des IQTIG beriet und modifizierte diese Ergebnisse (vgl. Kapitel 9.4) im Anschluss. Dabei wurden insbesondere redundante Inhalte zusammengefasst und daraus die vorgenannten 10 Qualitätsaspekte und 30 Qualitätsmerkmale abgeleitet. Dieses Vorgehen wird seitens der KBV ausdrücklich begrüßt und die Entscheidungen des Expertengremiums im vollem Umfang unterstützt. Dennoch fällt im Endergebnis auf, dass die verbliebenen Aspekte und Merkmale weiterhin auffällig starke inhaltliche Überschneidungen aufweisen.



Als Teil eines iterativen Vorgehens wurde das Ergebnis des Zwischenberichts daher seitens der KBV und ihren Fachberatern und Fachberaterinnen einer weiteren Modifikation unterworfen. Die KBV schlägt dabei vor, Qualitätsmerkmale noch stärker zusammenzufassen und Qualitätsaspekte auf Grund hoher inhaltlicher Überschneidungen neu zuzuordnen. Die Überlegungen hierzu können mit Hilfe der als **Anlage beigefügten Tabelle** „Übersicht der Veränderungen der Qualitätsaspekte und der Qualitätsmerkmale – KBV Vorschlag“ nachvollzogen werden. Diese Tabelle orientiert sich an der Tabelle 28 Seite 152 des IQTIG Zwischenberichts. Exemplarisch möchte die KBV ihr Vorgehen anhand des ursprünglich als „5. *Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung*“ genannten Qualitätsaspektes vorstellen, dem das IQTIG sieben (!) Qualitätsmerkmale zugeordnet hat.

Nach Einschätzung der KBV lässt sich dieser Qualitätsaspekt anstatt der vorgeschlagenen sieben Qualitätsmerkmale mit Hilfe von nur drei Qualitätsmerkmalen vollumfänglich abbilden: „*wertschätzender Umgang*“ (neu 4.1), „*aufmerksamer und achtsamer Umgang*“ (neu 4.2) sowie „*patientenverständliche Sprache*“ (neu 4.3). Dabei wurden in einem ersten Schritt jeweils drei Qualitätsmerkmale zu einem zusammenfassend formuliert und ein weiteres Qualitätsmerkmal nach Vorschlag des IQTIG unverändert übernommen. Bitte hierbei die neue Nummerierung beachten: „alt 5.7“ wird zu „neu 4.3“. Die Merkmale „*respektvoll/wertschätzend*“ (alt 5.1), „*unvoreingenommen*“ (alt 5.2) und „*vertraulich*“ (alt 5.6) werden zusammenfassend als „*wertschätzender Umgang*“ (neu 4.1) abgebildet. Zudem wurden die Merkmale „*aufmerksam*“ (alt 5.3), „*Zeit im Gespräch*“ (alt 5.4) und „*ruhig/ungestört*“ (alt 5.5) als „*aufmerksamer und achtsamer Umgang*“ (neu 4.2) zusammenfassend abgebildet. Die auf diese Weise inhaltlich, nicht jedoch im Wortlaut übernommenen Qualitätsmerkmale könnten für die Operationalisierung und zur Erstellung der Fragebogen-Items weitergenutzt werden

Hierzu möchte die KBV allerdings betonen, dass die Qualitätsmerkmale 5.1, 5.2 und 5.3 der IQTIG-Tabelle 28 rein subjektiv erscheinen und im Rahmen einer faktenorientierten Methodik – wie es das IQTIG selbst postuliert – nicht vorkommen sollten. Auch die Qualitätsmerkmale 5.5 und 5.6 sind diesbezüglich zumindest problematisch. Es stellt sich die grundsätzliche Frage, welche Schlüsse aus einer Ergebnisauswertung zu diesen Merkmalen gezogen werden können, und ob hieraus Maßnahmen bis hin zu Vergütungsabschlägen gegenüber den Therapeuten justiziabel abgeleitet und begründet werden können. Eine unkritische Übernahme dieser Qualitätsmerkmale kann auch nach Zusammenfassung der Inhalte seitens der KBV nicht erfolgen. Insbesondere wird eine Gleichstellung von Indikatoren basierend auf solchen subjektiven Merkmalen mit objektivierbaren (und datenvalidierten) Indikatoren abgelehnt. Sollten im Rahmen einer gesetzlichen QS tatsächlich subjektive Inhalte abgefragt werden, sind diese als solche eindeutig zu kennzeichnen und die Ergebnisauswertungen hierzu allenfalls unterstützend zu einem Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL hinzuzuziehen oder lediglich als Kennzahlen auszuwerten. Weiterhin wird der Qualitätsaspekt „Outcome“ seitens der KBV kritisch bzw. unter Vorbehalt gesetzt. Aufgrund der unter Anmerkungen zu Kapitel 5 ausführlich erläuterten grundsätzlichen Zweifel an der möglichen Erhebung von Ergebnisqualität über die Patientenbefragung.

Das Ergebnis der KBV-seitigen Modifikation fasst die folgende **Tabelle 2** „*Übersicht selektierter Qualitätsaspekte mit entwickelten Qualitätsmerkmalen – KBV Vorschlag*“ zusammen.

Insgesamt schlägt die **KBV maximal 7 Qualitätsaspekte und 18 Qualitätsmerkmale** zur weiteren Entwicklung vor, wobei ein Aspekt und insgesamt sechs Merkmale auch in diesem modifizierten Satz weiterhin unter Vorbehalt zu setzen sind. Diese Verdichtung bietet dennoch nach Ansicht der KBV den Vorteil einer wesentlich effizienteren Erfassung der aus der Literatur und den Fokusgruppen als relevant identifizierten Themen zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie und vermeidet die verblieben Redundanzen des IQTIG-Vorschlages.

Qualitätsaspekte	Qualitätsmerkmale
<b>1: Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen</b>	1.1: Information über die verschiedenen Therapieverfahren 1.2: Information zum Verlauf der Psychotherapie 1.3: Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie
<b>2: Information zu den Rahmenbedingungen</b>	2.1 Information zum GKV-System 2.2 Information zur Terminorganisation 2.3 Information zu Versorgungsangeboten
<b>3: Information und Aufklärung zur Diagnose</b>	3.1: Besprechen des Krankheitsbilds
<b>4: Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung</b>	4.1: Wertschätzender Umgang mit der Patientin/dem Patienten - <b>nicht objektivierbar, Merkmal unter Vorbehalt, ggf. Kennzahl</b> 4.2: Aufmerksamer und achtsamer Umgang mit der Patientin/dem Patienten - <b>nicht objektivierbar, Merkmal unter Vorbehalt, ggf. Kennzahl</b> 4.3: Erläuterung von Fachausdrücken in einer patientenverständlichen Sprache
<b>5: Gemeinsame Behandlungsplanung</b>	5.1: Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung 5.2: Gemeinsames Reflektieren der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie
<b>6: Therapieziele</b>	6.1: Gemeinsames Klären der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie 6.2: Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie
<b>7: Outcome – Aspekt unter Vorbehalt – Operationalisierung als Indikator fraglich, ggf. als Kennzahlen erheben</b>	7.1: Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinienpsychotherapie 7.2: Verbesserung der Symptomatik 7.3: Verbesserung der sozialen Teilhabe 7.4: Verbesserung der Alltagsfunktionalität

**Tabelle 2** Übersicht selektierter Qualitätsaspekte mit entwickelten Qualitätsmerkmalen – KBV Vorschlag

Der Vorschlag in vorliegender Ausführung ist lediglich als Anregung zu verstehen – **dennoch geht die KBV davon aus, dass eine wesentliche Straffung und Fokussierung der Inhalte durch das IQTIG vorgenommen wird.** In Zusammenschau mit den noch vom IQTIG zu entwickelnden Qualitätsindikatoren des sog. „Klassik“-Verfahrens, ist das **Ziel eines „kompakten und fokussierten“ Instrumentariums weiterhin unbedingt anzustreben.**

Das IQTIG wird aufgefordert, selbstkritisch unter Abwägung von Aufwand und Nutzen den Umfang und das Ausmaß des geplanten Konzeptes zu hinterfragen.

## 4. WEITERE ANMERKUNGEN

### Modulare Fragebögen

Die KBV regt weiterhin an, die Entwicklung der Patientenfragebögen zukünftig als modulare Messinstrumente und nicht als jeweils in sich geschlossene Instrumente vorzunehmen (vgl. hierzu die ausführliche Darlegung auf Seite 12 der Stellungnahme der KBV zu den Methodischen Grundlagen V1.1s des IQTIG vom 1. Januar 2019).

Vorteile eines modularen Fragebogens sind:

- › Das Erhebungsinstrument ist nicht unveränderlich, sondern weiterentwickelbar.
- › Die Aktualität des Fragebogens kann durch Entnahme veralteter Module oder Hinzufügen von neuen validierten Modulen jederzeit kurzfristig hergestellt werden.
- › Bei der Entwicklung von neuen Erhebungsinstrumenten kann teilweise auf bereits validierte Module aus vorherigen Fragebogenentwicklungen zurückgegriffen werden. Die Entwicklungszeit reduziert sich.
- › Änderungen am Fragebogen nach Vorlage des Messinstrumentes sind möglich, weil die Entnahme oder das Hinzufügen von Modulen nicht die Integrität des Fragebogens berührt. Ein Stellungnahmeverfahren mit den zu Beteiligten nach § 137a Abs. 7 SGB V wäre somit auch zum Abschlussbericht möglich und damit zu einem geeigneteren Zeitpunkt.
- › Die Vergleichbarkeit von Ergebnissen ist auch zwischen unterschiedlichen Verfahren in den Teilbereichen möglich, in denen gleiche Module in der Patientenbefragung genutzt werden (z. B. Aufklärung, Einbeziehung von Angehörigen, Kommunikation, etc.).
- › Um interne Verbesserungen von Ärzten bzw. Psychotherapeuten zu überprüfen, könnten Patienten lediglich mit den Modulen zwischenbefragt werden, die auffällige Ergebnisse geliefert haben. So ergibt sich eine hohe Praktikabilität.
- › Module können nach der Konstruktvalidierung nicht nur für postalische Befragungen, sondern auch für Online-Befragungen genutzt werden.

## ANLAGE

Übersicht der Veränderungen der Qualitätsaspekte und der Qualitätsmerkmale nach Abschluss des KBV-Expertengremiums

QUALITÄTSMERKMALE VOR DEM EXPERTENGREMIUM	EINSCHLUSS (✓)/ AUSSCHLUSS (X)	HINWEISE FÜR MODIFIKATIONEN UND GGF. AUSSCHLUSS DES QUALITÄTSMERKMALS AUF BASIS DER BERATUNGEN DURCH DAS EXPERTENGREMIUM (EG) SOWIE WEITERER ENTWICKLUNGEN (WE)	MODIFIZIERTER TITEL (MT) UND/ODER MODIFIZIERTE BESCHREIBUNG (MB) DES QUALITÄTSMERKMALS
<b>Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen</b>	✓	-	-
Qualitätsmerkmal 1.1: Information über die verschiedenen Therapieverfahren	✓	-	-
Qualitätsmerkmal 1.2: Information zur Wirksamkeit der Psychotherapie	X	Inhaltliche Nähe zu alten Qualitätsmerkmalen 1.3: Information zum Wirkeintritt der Psychotherapie; 1. 4: Information zur Nachhaltigkeit der Psychotherapie sowie 4.1 Aufklärung über das therapeutische Vorgehen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie	Neu Qualitätsmerkmal 1.2: Information zum Verlauf der Psychotherapie
Qualitätsmerkmal 1.3: Information zum Wirkeintritt der Psychotherapie	X	Siehe altes Qualitätsmerkmal 1.2	Neu Qualitätsmerkmal 1.2: Information zum Verlauf der Psychotherapie
Qualitätsmerkmal 1. 4: Information zur Nachhaltigkeit der Psychotherapie	X	Siehe altes Qualitätsmerkmal 1.2	Neu Qualitätsmerkmal 1.2: Information zum Verlauf der Psychotherapie
Qualitätsmerkmal 1.5: Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie	✓	-	Neu Qualitätsmerkmal 1.3: Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie

QUALITÄTSMERKMALE VOR DEM EXPERTENGREMIUM	EINSCHLUSS (✓)/ AUSSCHLUSS (X)	HINWEISE FÜR MODIFIKATIONEN UND GGF. AUSSCHLUSS DES QUALITÄTSMERKMALS AUF BASIS DER BERATUNGEN DURCH DAS EXPERTENGREMIUM (EG) SOWIE WEITERER ENTWICKLUNGEN (WE)	MODIFIZIERTER TITEL (MT) UND/ODER MODIFIZIERTE BESCHREIBUNG (MB) DES QUALITÄTSMERKMALS
<b>Qualitätsaspekt 2: Information zu den Rahmenbedingungen</b>	✓	-	-
Qualitätsmerkmal 2.1: Information zum Stundenkontingent der Richtlinien-Psychotherapie	X	Inhaltliche Nähe zu altem Qualitätsmerkmal 2.3: Information zur Antragsstellung bei der Krankenkasse	Neu Qualitätsmerkmal 2.1: Information zum GKV-System
Qualitätsmerkmal 2.2: Informationen zur Behandlungsfrequenz	X	Inhaltliche Nähe zu altem Qualitätsmerkmal 2.4: Information zur Organisation der Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten	Neu Qualitätsmerkmal 2.2: Information zur Terminorganisation
Qualitätsmerkmal 2.3: Information zur Antragsstellung bei der Krankenkasse	X	Siehe altes Qualitätsmerkmal 2.1	Neu Qualitätsmerkmal 2.1: Information zum GKV-System
Qualitätsmerkmal 2.4: Information zur Organisation der Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten	X	Siehe altes Qualitätsmerkmal 2.2	Neu Qualitätsmerkmal 2.2: Information zur Terminorganisation
Qualitätsmerkmal 2.5: Information zu Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit der Praxis/dem Medizinischen Versorgungszentrum	X	Inhaltliche Nähe zu altem Qualitätsmerkmal 2.6: Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten, auch in Notfallsituationen	Neu Qualitätsmerkmal 2.3: Information zu Versorgungsangeboten
Qualitätsmerkmal 2.6 Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten, auch in Notfallsituationen	X	Siehe altes Qualitätsmerkmal 2.5	Neu Qualitätsmerkmal 2.3: Information zu Versorgungsangeboten
<b>Qualitätsaspekt 3: Information und Aufklärung zur Diagnose</b>	✓	-	-

QUALITÄTSMERKMALE VOR DEM EXPERTENGREMIUM	EINSCHLUSS (✓)/ AUSSCHLUSS (X)	HINWEISE FÜR MODIFIKATIONEN UND GGF. AUSSCHLUSS DES QUALITÄTSMERKMALS AUF BASIS DER BERATUNGEN DURCH DAS EXPERTENGREMIUM (EG) SOWIE WEITERER ENTWICKLUNGEN (WE)	MODIFIZIERTER TITEL (MT) UND/ODER MODIFIZIERTE BESCHREIBUNG (MB) DES QUALITÄTSMERKMALS
Qualitätsmerkmal 3.1: Besprechen des Krankheitsbilds	✓	-	-
<b>Qualitätsaspekt 4: Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie</b>	X	Inhaltliche Nähe zu altem Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen	Alter Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen
Qualitätsmerkmal 4.1: Aufklärung über das therapeutische Vorgehen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie	X	Inhaltliche Nähe zu alten Qualitätsmerkmalen 1.2: Information zur Wirksamkeit der Psychotherapie; 1.3 Information zum Wirkeintritt der Psychotherapie sowie 1.4 Information zur Nachhaltigkeit der Psychotherapie	Neu Qualitätsmerkmal 1.2: Information zum Verlauf der Psychotherapie
<b>Qualitätsaspekt 5: Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung</b>	✓	-	<b>Qualitätsaspekt 4: Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung</b>
Qualitätsmerkmal 5.1: Respektvoller und wertschätzender Umgang mit der Patientin/dem Patienten	X	Inhaltliche Nähe zu alten Qualitätsmerkmalen 5.2: Unvoreingenommener Umgang mit der Patientin/ dem Patienten und 5.6: Vertrauliche Atmosphäre während der Therapie	Neu Qualitätsmerkmal 4.1: Wertschätzender Umgang mit der Patientin/dem Patienten
Qualitätsmerkmal 5.2: Unvoreingenommener Umgang mit der Patientin/ dem Patienten	X	Siehe altes Qualitätsmerkmal 5.1	Neu Qualitätsmerkmal 4.1: Wertschätzender Umgang mit der Patientin/dem Patienten

QUALITÄTSMERKMALE VOR DEM EXPERTENGREMIUM	EINSCHLUSS (✓)/ AUSSCHLUSS (X)	HINWEISE FÜR MODIFIKATIONEN UND GGF. AUSSCHLUSS DES QUALITÄTSMERKMALS AUF BASIS DER BERATUNGEN DURCH DAS EXPERTENGREMIUM (EG) SOWIE WEITERER ENTWICKLUNGEN (WE)	MODIFIZIERTER TITEL (MT) UND/ODER MODIFIZIERTE BESCHREIBUNG (MB) DES QUALITÄTSMERKMALS
Qualitätsmerkmal 5.3: Aufmerksamer Umgang mit der Patientin/dem Patienten	X	Inhaltliche Nähe zu alten Qualitätsmerkmalen 5.4: Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin/dem Psychotherapeut und 5.5: Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie	Neu Qualitätsmerkmal 4.2: Aufmerksamer und achtsamer Umgang mit der Patientin/dem Patienten
Qualitätsmerkmal 5.4: Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin/dem Psychotherapeut	X	Siehe altes Qualitätsmerkmal 5.3	Neu Qualitätsmerkmal 4.2: Aufmerksamer und achtsamer Umgang mit der Patientin/dem Patienten
Qualitätsmerkmal 5.5 Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie	X	Siehe altes Qualitätsmerkmal 5.3	Neu Qualitätsmerkmal 4.2: Aufmerksamer und achtsamer Umgang mit der Patientin/dem Patienten
Qualitätsmerkmal 5.6: Vertrauliche Atmosphäre während der Therapie	X	Siehe altes Qualitätsmerkmal 5.1	Neu Qualitätsmerkmal 4.1: Wertschätzender Umgang mit der Patientin/dem Patienten
Qualitätsmerkmal 5.7: Erläuterung von Fachausdrücken in einer patientenverständlichen Sprache	✓	-	Neu Qualitätsmerkmal 4.3: Erläuterung von Fachausdrücken in einer patientenverständlichen Sprache
<b>Qualitätsaspekt 6: Gemeinsame Behandlungsplanung</b>	✓	-	Neu Qualitätsaspekt 5: Gemeinsame Behandlungsplanung
Qualitätsmerkmal 6.1: Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung	✓	-	Neu Qualitätsmerkmal 5.1: Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung

QUALITÄTSMERKMALE VOR DEM EXPERTENGREMIUM	EINSCHLUSS (✓)/ AUSSCHLUSS (X)	HINWEISE FÜR MODIFIKATIONEN UND GGF. AUSSCHLUSS DES QUALITÄTSMERKMALS AUF BASIS DER BERATUNGEN DURCH DAS EXPERTENGREMIUM (EG) SOWIE WEITERER ENTWICKLUNGEN (WE)	MODIFIZIERTER TITEL (MT) UND/ODER MODIFIZIERTE BESCHREIBUNG (MB) DES QUALITÄTSMERKMALS
Qualitätsmerkmal 6.2: Berücksichtigung von Vorerfahrungen und Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung	X	Inhaltliche Nähe zu altem Qualitätsmerkmal 6.1: Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung	Neu Qualitätsmerkmal 5.1: Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung
<b>Qualitätsaspekt 7: Therapievereinbarung</b>	X	Inhaltliche Nähe zu altem Qualitätsaspekt 8: Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf	Neu Qualitätsaspekt 6: Therapieziele
Qualitätsmerkmal 7.1: Gemeinsames Klären der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie	✓	-	Neu Qualitätsmerkmal 6.1: Gemeinsames Klären der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie
<b>Qualitätsaspekt 8: Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf</b>	X	Siehe alter Qualitätsaspekt 7	Neu Qualitätsaspekt 6: Therapieziele
Qualitätsmerkmal 8.1: Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie	✓	-	Qualitätsmerkmal 6.2: Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie
<b>Qualitätsaspekt 10 Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes</b>	X	Inhaltliche Nähe zu altem Qualitätsaspekt 6: Gemeinsame Behandlungsplanung	Neu Qualitätsaspekt 5: Gemeinsame Behandlungsplanung
Qualitätsmerkmal 10.1: Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie	X	Inhaltliche Nähe zu altem Qualitätsmerkmal 10.2: Gemeinsames Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	Neu Qualitätsmerkmal 5.2: Gemeinsames Reflektieren der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie



QUALITÄTSMERKMALE VOR DEM EXPERTENGREMIUM	EINSCHLUSS (✓)/ AUSSCHLUSS (X)	HINWEISE FÜR MODIFIKATIONEN UND GGF. AUSSCHLUSS DES QUALITÄTSMERKMALS AUF BASIS DER BERATUNGEN DURCH DAS EXPERTENGREMIUM (EG) SOWIE WEITERER ENTWICKLUNGEN (WE)	MODIFIZIERTER TITEL (MT) UND/ODER MODIFIZIERTE BESCHREIBUNG (MB) DES QUALITÄTSMERKMALS
Qualitätsmerkmal 10.2: Gemeinsames Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	X	Siehe altes Qualitätsmerkmal 10.1	Neu Qualitätsmerkmal 5.2: Gemeinsames Reflektieren der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie
<b>Qualitätsaspekt 11: Outcome</b>	✓	-	Neu Qualitätsaspekt 7: Outcome
Qualitätsmerkmal 11.1: Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinienpsychotherapie	✓	-	Neu Qualitätsmerkmal 7.1: Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinienpsychotherapie
Qualitätsmerkmal 11.2: Verbesserung der Symptomatik	✓	-	Neu Qualitätsmerkmal 7.2: Verbesserung der Symptomatik
Qualitätsmerkmal 11.3: Verbesserung der sozialen Teilhabe	✓	-	Neu Qualitätsmerkmal 7.3: Verbesserung der sozialen Teilhabe
Qualitätsmerkmal 11.4: Verbesserung der Alltagsfunktionalität	✓	-	Neu Qualitätsmerkmal 7.4: Verbesserung der Alltagsfunktionalität



Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG - Patientenbefragung ambulante Psychotherapie

## **Stellungnahme der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V zum Zwischenbericht des IQTIG:**

### **Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter**

(Stand: 02. März 2020)

**07.04.2020**

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

Prof. Dr. Dr. Ilse Heberlein, Sozialverband Deutschland e.V. (SOVD) / DBR

████████████████████

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

████████████████████



Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG - Patientenbefragung ambulante Psychotherapie

## Inhalt

1. Hintergrund.....	3
2. Anmerkungen zu Verfahrensentwicklung und Ergebnissen .....	6
2.1 Themenerschließung .....	6
2.2 Fokusgruppen und Expertengremien .....	8
2.3 Qualitätsaspekte und zugeordnete Qualitätsmerkmale .....	9
2.4 Umsetzung .....	10
3. Zusammenfassende Bewertung .....	11

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG - Patientenbefragung ambulante Psychotherapie

## 1. Hintergrund

Obwohl in Deutschland pro Jahr mehr als eine Million erwachsene Patientinnen und Patienten eine ambulante Psychotherapie nach einem der Richtlinienverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie) erhalten, gibt es bisher keine gesetzliche Qualitätssicherung nach § 135a SGB V bzw. § 136 Abs. 1 SGB V.

Am 17. Mai 2018 wurde das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) deshalb vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, auf der Basis einer bereits 2015 vom G-BA abgenommenen Konzeptskizze des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA-Institut) ein Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter (im Folgenden abgekürzt: QS-Verfahren Ambulante PT) zu entwickeln. Es sollten Indikatoren und Instrumente für ein einrichtungsübergreifendes, sektorspezifisches Qualitätssicherungsverfahren inklusive Patientenbefragung bereitgestellt werden. Beauftragt wurde ein entsprechendes QS-Verfahren zur Messung und vergleichenden Darstellung der Prozess- und – soweit sachgerecht abbildbar – der Ergebnisqualität für die Qualitätsförderung.

Das Qualitätsmodell sollte auf der überarbeiteten Fassung der Psychotherapie-Richtlinie vom 18. Oktober 2018 basieren. Behandlungs- und Anwendungsformen sind danach neben der Richtlinien-Psychotherapie selbst die psychotherapeutische Sprechstunde, die psychotherapeutische Akutbehandlung, probatorische Sitzungen, Kurz- und Langzeittherapie sowie die Rezidivprophylaxe.

Das QS-Verfahren sollte unabhängig von der spezifischen Diagnose der Patientinnen und Patienten sowie unabhängig vom angewandten psychotherapeutischen Verfahren Erwachsene, die im Rahmen einer Richtlinien-Psychotherapie von ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Kurz- oder Langzeittherapie im ambulanten Sektor behandelt werden, erfassen.

Die Verfahrensentwicklung sollte in folgenden Schritten erfolgen:

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG - Patientenbefragung ambulante Psychotherapie

1. Erarbeitung eines Qualitätsmodells für das gesamte QS-Verfahren mit Überprüfung und Aktualisierung der vom AQUA-Institut definierten Qualitätspotenziale und Versorgungsziele sowie einer Einschätzung zu den Voraussetzungen für eine mögliche Umsetzung des QS-Verfahrens
2. Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis des Qualitätsmodells mit einem kompakten, fokussierten und fallbezogenen Instrument, das beim Leistungserbringer eingesetzt werden kann (QS-Dokumentation der Leistungserbringer und/oder Sozialdaten bei den Krankenkassen)
3. Entwicklung von Qualitätsindikatoren zur Abbildung der Patientenperspektive (Patientenbefragung).

Am 28.02.2019 wurde dem G-BA ein Zwischenbericht zum Qualitätsmodell vorgelegt. Der jetzt vorgelegte Zwischenbericht vom 02.03.2020 stellt den aktuellen Stand der Patientenbefragung dar und gliedert sich wie folgt:

1. **Entwicklung und Validierung eines Befragungsinstruments** zur Abbildung der Patientenperspektive einschließlich der Entwicklung von Qualitätsindikatoren für qualitätsrelevante Prozesse und – soweit sachgerecht abbildbar – patientenbezogene Ergebnisqualität
2. **Prüfung des Nutzens eines längeren Beobachtungszeitraums** aufgrund geringer Fallzahlen bei einzelnen Leistungserbringern
3. **Erstellung eines Umsetzungskonzepts** der Patientenbefragung hinsichtlich Befragungszeitpunkt, Auslösung, Zeitpunkt der Dokumentation beim Leistungserbringer, Datenfluss und Stichprobenkonzept unter Berücksichtigung heterogener Behandlungs- und Therapieverläufe sowie möglicher zeitlicher Unterbrechungen der psychotherapeutischen Behandlung
4. **Erstellung eines Auswertungskonzepts** für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung unter Berücksichtigung geringer Fallzahlen bei Leistungserbringern

Für das Qualitätsmodell zum QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie wurden 12 Qualitätsaspekte selektiert (siehe Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell vom 28.02.2019). 11 davon wurden auch der Patientenbefragung zugeordnet.

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG - Patientenbefragung ambulante Psychotherapie

Diese sind:

1. Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen
2. Informationen zu den Rahmenbedingungen
3. Information und Aufklärung zur Diagnose
4. Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie
5. Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung
6. Gemeinsame Behandlungsplanung
7. Therapiezielvereinbarung
8. Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf
9. Kooperation
10. Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes
11. Outcome

Der Qualitätsaspekt „Diagnostik“ wird in der Patientenbefragung nicht erhoben.

Auf der Basis einer Literaturrecherche und der Auswertung von Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erfolgte die Ableitung von Qualitätsmerkmalen zu den Qualitätsaspekten. Im weiteren Entwicklungsprozess wurden diese Qualitätsmerkmale in einem Expertengremium diskutiert und teilweise modifiziert. Der Qualitätsaspekt „Kooperation“ wurde aus der Patientenbefragung herausgenommen.

Im nächsten Entwicklungsschritt wird das IQTIG konkrete Fragebogenitems für die Operationalisierung der Qualitätsmerkmale, für die Risikoadjustierung der Qualitätsindikatoren und für die soziodemografischen Angaben der Befragten formulieren und nachfolgend einen kognitiven Pretest sowie einen Standard-Pretest durchführen.

Erste Prüfungen der Umsetzbarkeit der Patientenbefragung ergaben, dass zentrale Strukturen des Datenflusses für die Patientenbefragung im Regelbetrieb grundsätzlich etabliert werden können. Lösungsvorschläge müssen für folgende Problemfelder erarbeitet werden:

- relativ geringer Grad an digitaler Patientendokumentation in den psychotherapeutischen Praxen

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG - Patientenbefragung ambulante Psychotherapie

- fehlende Basisdokumentation sowie mitunter geringe Fallzahlen bei den Leistungserbringern
- Identifikation des Endes einer ambulanten Richtlinien-Psychotherapie, welches sich nicht zielführend aus Abrechnungskennziffern oder vorliegenden Dokumentationen ableiten lässt.

Es wird diskutiert, ob ein längerer Beobachtungszeitraum von Vorteil sein könnte.

## 2. Anmerkungen zu Verfahrensentwicklung und Ergebnissen

### 2.1 Themenerschließung

Grundlage der Themenerschließung sind der versorgungspolitische Rahmen und die Versorgungspraxis der ambulanten Psychotherapie sowie eine umfassende Literaturrecherche, die sich an der Beauftragung durch den G-BA vom 17.05. 2018 orientiert.

Leider beinhaltet der Auftrag des G-BA für das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie ausschließlich die Entwicklung von „Instrumenten und Indikatoren zur Beurteilung der Prozess- und – soweit sachgerecht abbildbar – Ergebnisqualität“, obwohl die Patientenvertretung (PatV) ausdrücklich auch die Berücksichtigung der Strukturqualität gefordert hatte.

Nach dem BARMER Arztreport 2020, gibt es gravierende Probleme in der Strukturqualität der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Dazu gehören die nach wie vor langen Wartezeiten auf eine Richtlinienpsychotherapie, die gravierenden Differenzen in der regionalen Verteilung mit einer deutlichen Unterversorgung in dünn besiedelten Gegenden und die Differenzen hinsichtlich der Zugangschancen mit einer tendenziellen Unterversorgung von Patienten mit niedrigeren Ausbildungsabschlüssen.

Nach den Daten des Arztreports 2020 muss jeder dritte Patient nach dem Besuch einer psychotherapeutischen Sprechstunde immer noch mindestens einen Monat und jeder zehnte Patient mehr als drei Monate auf eine Richtlinienpsychotherapie warten trotz einer deutlichen Zunahme der niedergelassenen psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten (Grobe et al. 2020). Zielgruppe des QS-Verfahrens ambulante Psychotherapie sind nach dem Auftrag des G-BA Erwachsene (ab 18 Jahren), die eine psychotherapeutische Kurzzeit- oder Langzeittherapie bei

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG - Patientenbefragung ambulante Psychotherapie

ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten in Anspruch nehmen. „Berücksichtigt werden sollen auch die anderen Behandlungs- und Anwendungsformen wie die Psychotherapeutische Sprechstunde, die Psychotherapeutische Akutbehandlung, die Probatorischen Sitzungen und die Rezidivprophylaxe.“

Wenn die Psychotherapeutische Sprechstunde als Baustein der ambulanten Therapie betrachtet wird und in einem QS-Verfahren berücksichtigt werden soll, müsste aus Sicht der PatV die Zielgruppe des Verfahrens erweitert werden.

Die Einführung der Sprechstunde erfolgte mit dem Ziel, die Aufsuchenden nach einer Kurzdiagnostik mit entsprechender Indikationsstellung den richtigen „Behandlungspfad“ zuzuweisen und nur Patienten mit einer Indikation für eine Richtlinienpsychotherapie einen Termin für probatorische Sitzungen zu vermitteln. Um die Qualität der Sprechstunde zu beurteilen müssten somit in einem ersten Schritt der Patientenbefragung alle Klienten befragt werden, die eine psychotherapeutische Sprechstunde aufsuchen, im zweiten Schritt alle Patienten mit Akutbehandlung und/oder mit ambulanter Psychotherapie.

Zu den ambulanten psychotherapeutischen Einrichtungen, die im QS-Verfahren ambulante Psychotherapie berücksichtigt werden sollen, zählen nach dem Auftrag des G-BA „vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Praxen und Medizinische Versorgungszentren (MVZ)“. Die Patientenorganisationen bedauern es sehr, dass die psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen nicht berücksichtigt werden.

Zum Leistungsangebot der psychiatrischen Institutsambulanzen gehört ausdrücklich auch die Psychotherapie nach der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA (Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) Berlin und der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft (DKG), Berlin und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2010, Änderungsvereinbarung vom 17.09.2019 zur PIA-Doku-Vereinbarung).

Falls in unterversorgten Regionen eine vertragsfachärztliche Behandlung für Patienten nicht erreichbar ist, kann eine PIA die „Regelversorgung übernehmen, das betrifft insbesondere die Behandlung von schwer psychisch Kranken, z. B. die Psychotherapie von Patienten mit einer Schizophrenie. Seit 2013 ist die Ermächtigung der PIAs durch das Psychiatrie-Entgeltgesetz auf die



Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG - Patientenbefragung ambulante Psychotherapie

Psychosomatik erweitert. Dementsprechend werden dort zunehmend psychosomatische und posttraumatische Patienten, insbesondere auch Migranten, versorgt (Spengler 2012). Vor diesem Hintergrund wäre die Einbeziehung der PIAs in das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie unabdingbar.

## 2.2 Fokusgruppen und Expertengremien

Die Selektion von Qualitätsaspekten und die Zuordnung von Qualitätsmerkmalen für die Patientenbefragung erfolgte auf der Basis einer systematischen Literaturrecherche zu Leitlinien, Studien zur Patientenperspektive und Studien zur Versorgungssituation und auf der Basis der Auswertung von Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Die Leitlinien- und Literaturrecherche ist umfassend und in den vorliegenden Zwischenberichten zum Qualitätsmodell und zur Patientenbefragung transparent dargestellt.

Die PatV begrüßt es, dass für die Entwicklung der Qualitätsaspekte im Rahmen der Patientenbefragung zusätzlich zu einem Expertengremium Fokusgruppen von Patientinnen und Patienten sowie von psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten herangezogen wurden.

Ergänzend zu den Erkenntnissen aus der Literaturrecherche sollen durch die Fokusgruppen die Themensetzungen des zu entwickelnden Fragebogens genauer bestimmt und damit Qualitätsmerkmale als Ausgangspunkt für einzelne Fragen (Items) und Indikatoren abgeleitet werden.

Hinsichtlich der Zusammensetzung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen wurde eine inhaltliche Repräsentativität angestrebt unter besonderer Berücksichtigung von Erkrankungs- und Behandlungserfahrungen der ausgewählten Patientinnen und Patienten. Es wurden vier Fokusgruppen mit insgesamt 28 Patientinnen und Patienten durchgeführt, die eine unterschiedliche Behandlungsdauer bei ambulant tätigen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hatten. Bei der Rekrutierung der Fokusgruppen wurden die Diagnose, das Therapieverfahren, die Behandlungsform, das Alter, das Geschlecht und der Bildungshintergrund dokumentiert.

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG - Patientenbefragung ambulante Psychotherapie

Es ist gut gelungen, in den Fokusgruppen ein breites Diagnosespektrum abzubilden und Verteilungen von Geschlecht und Therapieverfahren zu erreichen, die denen in der Grundgesamtheit entsprechen.

Zu kritisieren ist, dass in der psychotherapeutischen Versorgung benachteiligte Gruppen wie Patienten mit einem geringen Bildungsgrad sowie Patienten aus unterversorgten ländlichen Räumen nicht ausreichend einbezogen wurden.

Hinsichtlich der Fokusgruppen von Therapeutinnen und Therapeuten ist zu begrüßen, dass psychologische wie ärztliche Psychotherapeuten gleichermaßen einbezogen wurden und alle Richtlinien-Therapieverfahren der Häufigkeitsverteilung entsprechend berücksichtigt wurden.

Bei der Auswahl der Teilnehmer der Expertengremien ist es dem IQTIG gelungen, alle relevanten Berufs- und Interessengruppen und damit eine breite fachliche und methodische Expertise einzubeziehen.

### 2.3 Qualitätsaspekte und zugeordnete Qualitätsmerkmale

Insgesamt wurden den 11 oben gen. Qualitätsaspekten der Patientenbefragung zunächst 40 Qualitätsmerkmale zugeordnet. Aufgrund der kritischen Beratung im Rahmen eines Expertengremiums wurden diese noch einmal überprüft, modifiziert und auf 30 reduziert. Begründet wurde dies im Wesentlichen dadurch, dass einige der Qualitätsmerkmale nicht für alle der drei zu betrachtenden Richtlinien-Verfahren zutrafen.

Der Qualitätsaspekt „Kooperation“ wurde gestrichen, weil für diesen Qualitätsaspekt keine Qualitätsmerkmale abgeleitet werden konnten, da - nach Auffassung der Experten- zum einen die Zuschreibbarkeit der Verantwortung für die Kooperation nicht beim einzelnen Leistungserbringer liege und zum anderen Patientinnen und Patienten nicht beurteilen könnten, ob eine (sektorübergreifende) Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern gegeben bzw. möglich sei (siehe Zwischenbericht S. 152 ff).

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG - Patientenbefragung ambulante Psychotherapie

Die Patientenorganisationen bedauern die Streichung des Qualitätsaspektes „Kooperation“ in der Patientenbefragung, zumal die Begründung nach dem Zwischenbericht des IQTIG im Hinblick auf die Zuschreibbarkeit nicht nachvollziehbar ist. Im Anhang S. 13 wird ausgeführt: Eine Verbesserung der Kooperation mit den an der Versorgung der psychotherapeutisch behandelten Patientinnen und Patienten Beteiligten „ist durch die Leistungserbringer zumindest in wesentlichen Teilen beeinflussbar. Über eine fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer wäre diese auch erfassbar. Die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation sowie die Patientenbefragung wären eingeschränkt geeignet, Daten zu diesem Qualitätsaspekt zu erheben“ (Anhang Zwischenbericht S. 14).

Aus Sicht der Patientenorganisationen wäre es wichtig, den Qualitätsaspekt „Kooperation“ auch in die Patientenbefragung einzubeziehen. Insbesondere für Patienten, die neben einer Psychotherapie eine Therapie mit Psychopharmaka durch einen anderen Behandler erhalten, sind Kooperation und Koordination aller beteiligten Leistungserbringer unabdingbar und sollten auch mit dem Patienten besprochen werden. Dies wird durch die Auswertungen der Fokusgruppen bestätigt: „Am Beispiel der Medikation wurde für die Patientinnen und Patienten sichtbar, dass die Zusammenarbeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Fachärztinnen und Fachärzten der Allgemeinmedizin oder der Psychiatrie nicht immer problemlos verlief, obwohl die Patientinnen und Patienten eine solche Zusammenarbeit als sinnvoll erachteten“ (Zwischenbericht S 121).

Die PatV begrüßt es, dass für den Qualitätsaspekt „Outcome“ vier Qualitätsmerkmale entwickelt wurden, die als Items in den Fragebogen einbezogen werden sollen. Wünschenswert wäre, die Lebensqualität einzubeziehen.

## 2.4 Umsetzung

Die Erhebung der Qualitätsindikatoren soll über drei Instrumente erfolgen: Sozialdaten bei den Krankenkassen, ambulante fallbezogene QS-Dokumentation bei den Leistungserbringern, Patientenbefragung.

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG - Patientenbefragung ambulante Psychotherapie

Die Patientenorganisationen begrüßen es außerordentlich, dass eine Patientenbefragung in das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie aufgenommen wird. Eine Ausweitung der Umsetzung auf Psychiatrische und Psychosomatische Institutsambulanzen wird gefordert.

### 3. Zusammenfassende Bewertung

Die PatV begrüßt ausdrücklich, dass die ambulante psychotherapeutische Versorgung – erstmals- der gesetzlichen Qualitätssicherung nach §135a SGB V bzw. § 136 Abs. 1 SGB V unterzogen wird. Besonders positiv zu bewerten ist die Tatsache, dass neben der Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis einer fallbezogenen QS-Dokumentation bei den Leistungserbringern und der Sozialdaten bei den Krankenkassen gleichberechtigt die Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis einer Patientenbefragung erfolgt.

Die PatV begrüßt ebenfalls, dass das QS-Verfahren unabhängig von der spezifischen Diagnose der Patientinnen und Patienten und unabhängig von dem angewandten psychotherapeutischen Verfahren erfolgt.

Zusammenfassend wird der Zwischenbericht des IQTIG in Inhalt und Form von der PatV als sehr gelungen angesehen. Einzelne Kritikpunkte ergeben sich jedoch sowohl aus dem Auftrag des G-BA als auch aus dem Verfahren des IQTIG.

Sehr positiv zu bewerten ist, dass das IQTIG zusätzlich zu einer systematischen Literaturrecherche und zu Expertengremien Fokusgruppen von Patientinnen und Patienten für die Selektion von Qualitätsaspekten und -Merkmale für die Patientenbefragung einbezogen hat. Hinsichtlich der ausgewählten 10 Qualitätsaspekte für die Patientenbefragung (9 Qualitätsaspekte zur Prozessqualität und 1 Qualitätsaspekt zur Ergebnisqualität) möchte die PatV ihrer Bestürzung Ausdruck darüber verleihen, wie ausgeprägt die Qualitätsdefizite sind in der Beziehung und in der Kommunikation zwischen Patient/in und Therapeut/in sowie in der Information über die Therapie sowie ihrer Planung. Psychotherapeutinnen und Therapeuten gelten als Expertinnen und Experten der Kommunikation, Interaktion und Beziehungsgestaltung. Dass dies in der Realität der

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG - Patientenbefragung ambulante Psychotherapie

psychotherapeutischen Versorgung nicht die Regel zu sein scheint, macht deutlich, wie notwendig und überfällig ein Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ist.

Insgesamt wurde ein Set von Qualitätsaspekten entwickelt, das für die ambulante psychotherapeutische Versorgung psychisch Kranker von hoher Relevanz ist. Allerdings sollte der Qualitätsaspekt „Kooperation“ auch in die Patientenbefragung aufgenommen werden.

2019 hat der Gesetzgeber in SGB V §136a (2a) festgelegt, dass der G-BA bis zum 31. Dezember 2022 zusätzlich Regelungen beschließt, „die eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung unterstützen.“

Die interdisziplinäre Koordination der Behandlung psychisch Kranker kann nur funktionieren, wenn in Absprache mit dem Patienten eine Kooperation aller beteiligten Therapeuten erfolgt. Insofern reicht es in einem QS-Verfahren Ambulante PT nicht aus, den Qualitätsaspekt „Kooperation“ nur über die Dokumentation der Leistungserbringer zu erheben, vielmehr sollte er auch in die Patientenbefragung einbezogen werden.

Bereits aus dem Auftrag des G-BA wird deutlich, dass es sich nur um einen ersten Schritt der Entwicklung eines QS-Verfahrens zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen handeln kann, der einer Weiterentwicklung bedarf.

Die PatV hatte sich mit Nachdruck dafür eingesetzt, dass das QS-Verfahren Ambulante PT neben der Prozess- und Ergebnisqualität auch die Strukturqualität erfasst. Bedauerlicherweise wurde der Beschluss über die Beauftragung des IQTIG ohne Berücksichtigung der Strukturqualität gefasst.

Im Zwischenbericht des IQTIG zur Patientenbefragung im QS-Verfahren Ambulante PT wird S. 19 zwar noch darauf hingewiesen, dass das Verfahren im Rahmen der DeQS-RL geregelt wird, deren Ziel es u. a. ist, „die **Struktur-**, Prozess-, und Ergebnisqualität zu verbessern, aber entsprechend der Beauftragung wird die Strukturqualität bei der weiteren Erarbeitung des Qualitätsmodells nicht berücksichtigt.

Erfreulicherweise wird inzwischen vom Gesetzgeber die Einbeziehung der Strukturqualität gefordert: SGB V §136a (2a): „Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG - Patientenbefragung ambulante Psychotherapie

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 ...festzulegen.

Die PatV fordert außerdem, dass die Psychiatrischen und Psychosomatischen Institutsambulanzen als Leistungserbringer für ambulante Psychotherapie in das Qualitätssicherungsverfahren für die ambulante psychotherapeutische Versorgung einbezogen werden.

#### Literatur

Änderungsvereinbarung vom 17.09.2019 zur PIA-Doku-Vereinbarung

Grobe, TG; Steinmann, S; Szecsenyi, J (2020) Barmer Arztreport 2020, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 21

Spengler, A (2012) Psychiatrische Institutsambulanzen – Leistungsfähig, bedarfsgerecht und innovativ. Deutsches Ärzteblatt 109, A1981-A1983

Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) Berlin und der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft (DKG), Berlin und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2010