



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V

Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Konzeptskizze

Stand: 13. Oktober 2015

Impressum

Herausgeber:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:

Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter – Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

17. Juli 2014

Datum der Abgabe:

13. Oktober 2015

(überarbeitete Fassung der Version vom 23. März 2015 und 15. September 2015)

Signatur:

14-SQG-032

Hinweis:

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Anschrift des Herausgebers:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und
Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52 -0

Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de

www.aqua-institut.de

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	5
Abbildungsverzeichnis.....	5
Abkürzungsverzeichnis.....	6
Zusammenfassung	8
1 Einleitung	12
1.1 Hintergrund	12
1.2 Auftrag	12
2 Ergebnisse der Themerschließung	14
2.1 Informationsquellen	14
2.1.1 Literaturrecherche	14
2.1.2 Empirische Analysen.....	16
2.1.3 Expertengespräche	20
2.1.4 Indikatorenrecherche.....	20
2.1.5 Recherche zu Messinstrumenten	21
2.2 Versorgungsaspekte	21
2.2.1 Versorgungsepidemiologie.....	21
2.2.2 Versorgungspolitischer Rahmen.....	25
2.2.3 Versorgungsablauf	28
2.2.4 Behandlungs- und Versorgungsziele.....	32
2.3 Qualitätspotenziale	33
2.3.1 Qualitätsrelevante Prozesse (Prozessqualität).....	33
2.3.2 Patientenrelevante Endpunkte (Ergebnisqualität)	42
2.4 Verfügbare Datenquellen und Erhebungsinstrumente	43
2.4.1 Datenerhebung bei den Krankenkassen	43
2.4.2 Datenerhebungen beim Leistungserbringer	43
2.4.3 Datenerhebungen bei Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen.....	44
2.4.4 Instrumente zur Erhebung von Prozess- und Ergebnisqualität	44
2.4.5 Grundsätzliche Abbildbarkeit der Qualitätspotenziale	46
2.5 Beispielhafte Darstellung von Qualitätsindikatoren	52
2.6 Qualitätsprojekte	54
3 Ergebnisbewertung.....	63
3.1 Versorgungsepidemiologische Relevanz.....	63
3.2 Potenziale für Qualitätssicherung und -verbesserung.....	63
3.3 Patientennutzen.....	64

4	Umsetzbarkeit	65
4.1	In den Abrechnungsdaten vorliegende Informationen zur Identifikation von Leistungserbringern, Patienten und Leistungen	65
4.2	Umsetzbarkeit der QS-Dokumentation (fallbezogen)	67
4.3	Umsetzbarkeit der QS-Dokumentation (einrichtungsbezogen)	70
4.4	Umsetzbarkeit der Spezifikation der Sozialdaten bei den Krankenkassen	71
4.5	Umsetzbarkeit der Befragungen von Patienten und Bezugspersonen	71
4.6	Bewertung der Abbildbarkeit von Qualitätspotenzialen unter Berücksichtigung der Umsetzbarkeit ...	74
4.7	Auswertung und Berichterstattung	76
4.8	Gegenüberstellung der fallbezogenen und der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation vor dem Hintergrund von Aufwand und Nutzen im Rahmen eines möglichen QS-Verfahrens zur ambulanten Psychotherapie	77
5	Fazit	79
6	Empfehlungen.....	82
	Glossar.....	85
	Literatur	89

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beantragte Datenbestände.....	17
Tabelle 2: Eingeschlossene Diagnosen	17
Tabelle 3: Eingeschlossene Gebührenordnungspositionen (GOP)	17
Tabelle 4: Relevante Abrechnungsziffern für die Routinedatenprüfung	20
Tabelle 5: Durchschnittliche Inanspruchnahme von Psychotherapie in Deutschland 2009–2012, Daten KBV.....	22
Tabelle 6: Bewilligungsschritte Stundenkontingente für die ambulante Psychotherapie	27
Tabelle 7: Generische, validierte Instrumente zur Erfassung der Ergebnisqualität, die in deutscher Sprache vorliegen	45
Tabelle 8: Diagnosespezifische, validierte Instrumente zur Erfassung der Ergebnisqualität, die in deutscher Sprache vorliegen	45
Tabelle 9: Generische, validierte Patientenbefragungsinstrumente zur Erfassung der Prozessqualität, die in deutscher Sprache vorliegen.....	46
Tabelle 10: Grundsätzliche Abbildbarkeit der identifizierten Qualitätspotenziale	46
Tabelle 11: Beispielhafte Darstellung von Qualitätsindikatoren mit Bezug zu ermittelten Qualitätspotenzialen.....	53
Tabelle 12: GOP für die Identifikation von Leistungserbringern/Leistungen/Patienten	66
Tabelle 13: Abbildbarkeit der identifizierten Qualitätspotenziale unter Berücksichtigung der Umsetzbarkeit	75

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Auswahlprozess der Kohorte	19
Abbildung 2: Altersverteilung von Patienten, die eine Psychotherapie in Anspruch nehmen. Eigene Berechnungen, Krankenkassendaten 2011	23
Abbildung 3: Verteilung der Diagnosen auf in Anspruch genommene Psychotherapien. Eigene Berechnungen, Krankenkassendaten 2011, alle Altersgruppen.....	23
Abbildung 4: Verteilung der Diagnosen auf in Anspruch genommene Psychotherapien. Eigene Berechnungen, Krankenkassendaten 2011, Kinder und Jugendliche bis einschließlich 19 Jahre.....	24
Abbildung 5: Verteilung der Psychotherapiepatienten auf die an der Versorgung teilnehmenden Praxen. Daten Kassenärztliche Vereinigung 2009–2011	25
Abbildung 6: Versorgungspfad Ambulante Psychotherapie.....	31
Abbildung 7: Anteil von Kurzzeittherapien mit einer Probatorik von bis zu zwei Sitzungen.....	34
Abbildung 8: Verteilung der Psychotherapiepatienten dargestellt nach den häufigsten Diagnosegruppen und Therapieverfahren. Eigene Berechnungen, Krankenkassendaten 2009–2011, alle Altersgruppen	37

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Beschreibung
AP	Analytische Psychotherapie
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BSNR	Betriebsstättennummer
CMS	Center for Medicare & Medicaid Services
CQAIMH	Center for Quality Assessment and Improvement in Mental Health
DAHTA	Deutsche Agentur für Health Technology Assessment
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EMBASE	Excerpta Medica Database
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition
HTA	Health Technology Assessment
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision – German Modification
INATHA	International Network of Agencies for Health Technology Assessment
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHEntgG	Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz)
KZT	Kurzzeittherapie
LANR	Lebenslange Arztnummer
LZT	Langzeittherapie
MW	Mittelwert
NHS	National Health Service (Großbritannien)
NQMC	National Quality Measures Clearinghouse
PROQOLID	Patient-Reported Outcome and Quality of Life Instruments Database
PsycINFO	Datenbank der American Psychological Association
QS	Qualitätssicherung

Abkürzung	Beschreibung
PTSD	Posttraumatische Belastungsstörung
RAND	RAND-Corporation
RL	Richtlinie
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
TP	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
VT	Verhaltenstherapie

Zusammenfassung

Auftrag/Hintergrund

Der G-BA beauftragte das AQUA-Institut mit der Erstellung einer Konzeptskizze für ein einrichtungsübergreifendes, sektorspezifisches Qualitätssicherungsverfahren zum Thema ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Diese Konzeptskizze soll als Entscheidungshilfe für einen möglichen Entwicklungsauftrag dienen.

Die Konzeptskizze soll Stellung zu den folgenden Aspekten nehmen:

- Untersuchung der Qualität der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung
- Ableitung von Qualitätszielen
- Erste Vorschläge zu möglichen relevanten Qualitätsindikatoren
- Vorschläge zu weiteren Konkretisierungen der Fragestellung
- Vorschläge zur Differenzierung nach Subgruppen
- Untersuchung und Darstellung, welche qualitätsrelevanten Daten in welchen Datenquellen verfügbar sind, und Einschätzung, mit welchen verfügbaren Instrumenten diese erhoben werden können bzw. ob sich unter den gegebenen Bedingungen Erhebungsinstrumente zu deren Erfassung entwickeln lassen
- Beispielhafte Darstellung von Instrumenten zum Einbezug der Patientensicht
- Vorschläge zu möglichen Datenquellen
- Vorprüfung der Machbarkeit und Empfehlungen für ein künftiges Qualitätssicherungsverfahren

Informationsquellen

Die Bearbeitung des Auftrags stützt sich auf eine Recherche nach Evidenz aus drei methodischen Quellen:

- Eine Literaturrecherche, in der in den einschlägigen nationalen und internationalen Literaturdatenbanken sowie per Handsuche nach Übersichtsarbeiten, Health Technology Assessments und Leitlinien zur psychotherapeutischen Versorgung gesucht wurde.
- Eine empirische Analyse von Abrechnungsdaten einer großen gesetzlichen Krankenkasse in Deutschland. Zur Verfügung standen Daten von etwa 4 10.000 Patienten aller Altersgruppen, die in den Jahren 2009 bis 2012 psychotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen hatten.
- Expertengespräche mit Vertretern der relevanten psychotherapeutischen Verbände, mit Klinikern, Wissenschaftlern, den Trägerorganisationen des G-BA sowie Patientenvertretern. In diesen Interviews wurden die Situation sowie die Qualitätspotenziale der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland diskutiert.

Ergebnisse

Evidenz

Während es eine Reihe von krankheitsbezogenen Leitlinien gibt, die den Einsatz von Psychotherapie empfehlen, existieren keine diagnoseunabhängigen psychotherapiespezifischen Leitlinien oder nationale Standards. Vor dem Hintergrund einer auch ansonsten wenig ergiebigen Studienlage fehlt größtenteils die Evidenz, die als Referenz genommen werden könnte, um zu definieren, was gute Qualität in der Psychotherapie ausmacht und wo Qualitätsdefizite liegen.

Versorgungsepidemiologie

Im Jahr 2012 nahmen über eine Millionen Erwachsene und ca. 170.000 Kinder und Jugendliche psychotherapeutische Leistungen in Anspruch. Mit über 50 % sind Depressionsdiagnosen die häufigsten Diagnosen von Psychotherapiepatienten, gefolgt von Angst- und somatoformen Störungen (knapp 40 %) und Belastungsstörungen (25 %). Therapien von Kindern und Jugendlichen unterscheiden sich von denen der Erwachsenen

unter anderem hinsichtlich der beteiligten Akteure (wie Eltern, Jugendhilfe, Schule), der Diagnostik und teilweise den Therapiezielen.

Im Median behandelt eine psychotherapeutische Praxis in Deutschland jährlich 38 Patienten, die älter als 18 Jahre sind. Etwa 30 % der Praxen behandeln weniger als 20 Patienten pro Jahr. Damit wären die Ergebnisse statistisch wenig belastbar, wenn sie für einen Leistungserbringervergleich genutzt werden sollten. Um die Diskriminationsfähigkeit zu verbessern, sollten Indexbildungen oder zusammenfassende Auswertungen von Indikatoren über mehrere Jahre in Betracht gezogen werden.

Qualitätspotenziale mit Bezug zur Prozessqualität

Im Ablauf einer Psychotherapie können Qualitätspotenziale identifiziert werden, im Sinne von Punkten im Versorgungspfad, an denen sich gute Qualität entscheidet und wo mögliche Defizite zu finden sein können. Für die Phase der Probatorik sind dies die drei Qualitätspotenziale Eingangsdiagnostik, allgemeine und differenzielle Indikationsstellung sowie Aufklärung und Partizipative Entscheidungsfindung. Für die Phase der Durchführung der Therapie sind dies die sechs Qualitätspotenziale Erarbeitung individueller Therapieziele, Einbezug von Bezugspersonen, Dauer und Frequenz der Therapie, Therapiebegleitende Diagnostik, Therapeutische Beziehung und Kooperation. In der Phase des Therapieabschlusses fand sich das Qualitätspotenzial Zugang nach Ende der Therapie.

Die Bewertung, inwieweit für diese Qualitätspotenziale tatsächlich Qualitätsdefizite vorliegen, stützt sich häufig nur auf Expertenmeinungen. Hinweise auf Qualitätsdefizite aus der Literatur und/oder durch eigene Analysen von Krankenkassendaten fanden sich lediglich für die Qualitätspotenziale Eingangsdiagnostik, Therapiebegleitende Diagnostik und Kooperation.

Folgende Qualitätspotenziale erscheinen für ein Qualitätssicherungsverfahren zumindest theoretisch geeignet: Eingangsdiagnostik, Aufklärung und Partizipative Entscheidungsfindung, Erarbeitung individueller Therapieziele, Einbezug von Bezugspersonen, Therapiebegleitende Diagnostik, Kooperation, Zugang nach Ende der Therapie. Von diesen Potenzialen ist zumindest vorstellbar, dass sie quantifizierbar sind und für einen Leistungserbringervergleich geeignet sein könnten.

Patientenrelevante Endpunkte

Patientenrelevante Endpunkte und damit Parameter der Ergebnisqualität in der Psychotherapie umfassen

- die Veränderung der Symptomatik im Sinne einer Symptomlinderung bzw. -reduzierung,
- die Veränderung der Funktionalität im Sinne einer Verbesserung der Funktionalität, z.B. in Bereichen wie soziale Beziehungen, Arbeit oder Haushalt,
- die Veränderung der Lebensqualität im Sinne einer Verbesserung und
- die Zielerreichung, d.h. das Erreichen individuell gesetzter Ziele.

Datenquellen

Als mögliche Datenquellen für ein Qualitätssicherungsverfahren kommen sowohl eine fallbezogene als auch eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer, Sozialdaten bei den Krankenkassen und Patientenbefragungen bzw. Befragungen von Bezugspersonen grundsätzlich infrage.

Über eine fallbezogene QS-Dokumentation könnten nahezu alle prozessbezogenen Qualitätspotenziale vollständig abgebildet werden. Ausnahme ist das Potenzial Aufklärung und Partizipative Entscheidungsfindung. Für eine vollständige Abbildung dieses Potenzials wäre die Erhebung der Patientenperspektive notwendig, die sich nur über eine Patientenbefragung erfassen lässt.

Auch mittels einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation ließen sich Prozessparameter zu allen Qualitätspotenzialen abbilden, allerdings auf einer aggregierten Ebene.

Die Prozessparameter Aufklärung und Partizipative Entscheidungsfindung, Erarbeitung individueller Therapieziele, Einbezug von Bezugspersonen und Zugang nach der Therapie könnten auch über eine Befragung von

Patienten oder Bezugspersonen gut abgebildet werden. Dies hätte den Vorteil, dass dabei die Perspektive der Betroffenen berücksichtigt würde. Die anderen Prozessparameter können eingeschränkt abgebildet werden.

Das Messen der Ergebnisqualität verlangt, dass zumindest zu zwei Zeitpunkten Daten erhoben werden, um eine Vorher-Nachher-Bewertung durchführen zu können; besser wären mehrere Zeitpunkte. Das Messen der Ergebnisqualität wäre, wenn entsprechende Dokumentationsstandards implementiert werden, mittels fallbezogener QS-Dokumentation und dann ergänzend mittels Patientenbefragung bzw. Befragung von Bezugspersonen umsetzbar.

Über Sozialdaten ließe sich nur das Qualitätspotenzial Einbezug von Bezugspersonen gut, die Qualitätspotenziale Eingangsdiagnostik, Therapiebegleitende Diagnostik und Zugang nach Ende der Therapie nur eingeschränkt abbilden.

Bewertung

Eine Qualitätsmessung über eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation und über Sozialdaten ist unter den derzeitigen Rahmenbedingungen grundsätzlich umsetzbar. Allerdings lässt sich über Sozialdaten wie dargestellt nur das Qualitätspotenzial Einbezug von Bezugspersonen, aussagekräftig nutzen. Parameter der Ergebnisqualität lassen sich weder durch eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation abbilden, die auf aggregierten Informationen beruht, noch mittels Sozialdaten.

Eine Patientenbefragung wäre prinzipiell geeignet, sowohl Prozess- als auch Ergebnisqualität abzubilden. Allerdings unterliegt die Erfassung der Prä-Werte zur Ergebnisqualität dem Problem der zeitgerechten Auslösung. Zudem sind hier grundsätzlich dieselben Umsetzungsprobleme zu beachten, wie sie für alle Patientenbefragungen im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung nach § 137a SGB V einschlägig sind.

Die Darstellung von Ergebnisqualität ist ein zentrales Ziel in der gesetzlichen Qualitätssicherung. Daher wäre es sinnvoll, die Datenerhebungen zur Messung der Ergebnisqualität mittels fallbezogener QS-Dokumentation durchzuführen und idealerweise durch eine Patientenbefragung zu ergänzen. Voraussetzung für die Messung der Ergebnisqualität über eine fallbezogene QS-Dokumentation ist allerdings, dass der verpflichtende Einsatz bestimmter Messinstrumente festgesetzt wird.

Für die Auswertung von QS-Daten und die entsprechende Berichterstattung in einem möglichen QS-Verfahren ist zu bedenken, dass die Berichterstattung aufgrund der langen Verläufe von Psychotherapien rückwirkend mehrere Jahre betrachten muss, um die Qualität abgeschlossener Psychotherapien auszuwerten und im Ergebnis darzustellen.

Fazit

- Insgesamt fehlen für die kurzfristige Etablierung eines umfassenden Qualitätssicherungsverfahrens derzeit wesentliche Voraussetzungen. Es wird empfohlen diese für die Umsetzbarkeit eines umfassenden QS-Verfahrens in der ambulanten Psychotherapie notwendigen Voraussetzungen – konkret das Festlegen verbindlich einzusetzender Messinstrumente sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine Patientenbefragung – zu schaffen. In der Gesamtwürdigung aller thematisierten Inhalte und unter Berücksichtigung von Aufwand und Nutzen sowie der Umsetzbarkeit lässt sich für die potenziell zur Verfügung stehenden Erhebungsinstrumente folgendes zusammenfassen:
 - Mittels einer – unter derzeitigen Voraussetzungen umsetzbaren – einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation lässt sich zumindest ein großer Teil der ermittelten Potenziale mit Bezug zur Prozessqualität mit vergleichsweise geringem Aufwand abbilden, allerdings auf einer aggregierten Ebene.
 - Nach Schaffung der derzeit noch fehlenden Rahmenbedingungen wäre eine Abbildung der Potenziale zur Ergebnisqualität mittels einer fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer möglich, woran die zusätzliche Erfassung der fallbezogenen Prozessqualität aufwandsarm angeschlossen werden könnte.
 - Die Erfassung der Katamnese über eine Patientenbefragung könnte wichtige ergänzende Informationen zur Ergebnisqualität liefern. Des Weiteren wäre die Erhebung der Prozessqualität aus Patientensicht ein wichtiger Bestandteil eines möglichen QS-Verfahrens zur ambulanten Psychotherapie.

- Die Sozialdaten nehmen aufgrund der eingeschränkten Abbildbarkeit der Qualitätspotenziale eine eher untergeordnete Rolle ein; sie sollten bei Umsetzung der Erfassung der Ergebnisqualität jedoch zumindest für die Erhebung von Risikovariablen eingesetzt werden.
- Um bessere Voraussetzungen für ein Qualitätssicherungsverfahren in der ambulanten Psychotherapie zu schaffen, müssten des Weiteren
 - zusätzliche qualitätssicherungsrelevante Abrechnungsziffern geschaffen werden,
 - mittels Forschung Evidenzlücken hinsichtlich des Vorhandenseins und des Ausmaßes von Qualitätsdefiziten sowie zu einzelnen Aspekten in der Psychotherapie geschlossen werden, infolge dessen weitere evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen formuliert werden können,
 - weitere Vorgaben durch den G-BA für Behandlungsstandards in der psychotherapeutischen Versorgung gemacht werden
- Die Qualität von Psychotherapie für Kinder und Jugendliche sowie die für Erwachsene sollte in getrennten Verfahren bewertet werden.
- Die Qualität von Psychotherapie sollte therapieverfahrens- und diagnoseübergreifend gemessen werden, damit die Fallzahl bei den einzelnen Leistungserbringern möglichst groß ist, und statistisch belastbare Aussagen über Auffälligkeiten wahrscheinlicher zu realisieren sind. Zudem sollten Indexbildungen oder zusammenfassende Auswertungen von Indikatoren über mehrere Jahre in Betracht gezogen werden.
- Gleichzeitig ist es möglich, durch freiwillige Projekte Erfahrungen mit umfassenderen Formen der Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie zu sammeln. In einer Qualitätssicherung, die außerhalb der Rahmenbedingungen des SGB V erprobt wird, fallen viele rechtliche und methodische Hürden weg. So wäre beispielsweise eine Patientenbefragung auf freiwilliger Basis bei den Leistungserbringern ohne Weiteres implementierbar. Wichtige Erkenntnisse, die einer späteren gesetzlichen Qualitätssicherung mit Leistungserbringervergleich zugutekämen, könnten so gewonnen werden.
- Es wäre möglich, unterschiedliche Qualitätssicherungsverfahren im Rahmen von Verträgen der Integrierten Versorgung zu erproben.
- Denkbar ist auch eine verpflichtende Basisdokumentation in der ambulanten Psychotherapie, die als Grundlage einer QS-Dokumentation beim Leistungserbringer dienen könnte und die dazu beitragen könnte, gewisse Standards in den Prozessen und für die Erhebung von Ergebnisqualität in der Psychotherapie zu etablieren.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Für die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland liegt die Jahresprävalenz psychischer Erkrankungen bei ca. 30 %. Diese Erkrankungen sind nicht nur mit einem hohen Leidensdruck für die Betroffenen verbunden, sondern auch ursächlich für hohe Krankschreibungsraten mit langen Krankschreibungszeiten sowie für zahlreiche Frühberentungen (Nübling et al. 2014).

Die ambulante Psychotherapie ist für zahlreiche Indikationen ein etablierter Teil der Versorgung (Lutz 2010). Diese wird von ca. 13.500 psychologischen und ca. 2.400 ärztlichen Psychotherapeuten, ca. 2.600 Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, ca. 2.000 Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie rund 3.100 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und ca. 850 Kinder- und Jugendpsychiatern gewährleistet (Nübling et al. 2014). Wenngleich nur ein Teil der Erkrankten psychotherapeutisch im Sinne einer Richtlinientherapie im ambulanten Bereich versorgt wird, befinden sich jährlich ca. 1,2 Mio. Patienten in psychotherapeutischer Behandlung (Mullmeier 2014).

Auch die niedergelassenen Psychotherapeuten unterliegen der Verpflichtung zur gesetzlichen externen Qualitätssicherung gem. §§135 bis 139 SGB V i.V.m §137a SGB V. Die vorliegende Konzeptskizze lotet Möglichkeiten aus, diesem gesetzlichen Auftrag nachzukommen.

1.2 Auftrag

Der G-BA beauftragte am 17. Juli 2014 das AQUA-Institut mit der Erstellung einer Konzeptskizze für ein einrichtungsübergreifendes sektorspezifisches Qualitätssicherungsverfahren zum Thema ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Die Konzeptskizze soll als Entscheidungshilfe für einen möglichen Entwicklungsauftrag dienen. Die Beauftragung umfasst alle Erwachsenen sowie auch alle Kinder und Jugendlichen, die eine ambulante Psychotherapie entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA¹ (sogenannte Richtlinientherapie) erhalten. Dabei sind alle F-Diagnosen des ICD-10-Katalogs grundsätzlich eingeschlossen.

Inhalt der Beauftragung ist konkret:

- Untersuchung der Qualität der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung
- Ableitung von Qualitätszielen
- Erste Vorschläge zu möglichen relevanten Qualitätsindikatoren
- Vorschläge zu weiteren Konkretisierungen der Fragestellung
- Vorschläge zur Differenzierung nach Subgruppen
- Untersuchung und Darstellung, welche qualitätsrelevante Daten in welchen Datenquellen verfügbar sind und Einschätzung mit welchen verfügbaren Instrumenten diese erhoben werden können bzw. ob sich unter den gegebenen Bedingungen Erhebungsinstrumente zu deren Erfassung entwickeln lassen
- Beispielhafte Darstellung von Instrumenten zum Einbezug der Patientensicht
- Vorschläge zu möglichen Datenquellen
- Vorprüfung der Machbarkeit und Empfehlungen für ein künftiges Qualitätssicherungsverfahren

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie. Vom 19. Februar 2009, zuletzt geändert am 16. 10.2014, in Kraft getreten am 03.01.2015.

Bei der Ableitung von Qualitätszielen wird besonderes Augenmerk gelegt auf:

- die Prozessqualität, insbesondere hinsichtlich der Diagnostik, der Indikationsstellung und der Behandlung
- die Ergebnisqualität, insbesondere hinsichtlich der Symptomverbesserung, des Erreichens des Therapieziels, der Reduktion von Beeinträchtigungen, von Therapieabbrüchen, der Arbeitsunfähigkeit oder des Medikamenten- und Substanzgebrauchs
- die Patientenorientierung inklusive der Einbeziehung von Angehörigen

An der Entwicklung der Konzeptskizze für ein QS-Verfahren sind sowohl Wissenschaftler des AQUA-Instituts als auch, im Rahmen von Expertengesprächen, Mediziner, Psychologen und andere Akteure des Gesundheitssystems mit themenspezifischer Expertise beteiligt.

2 Ergebnisse der Themenerschließung

Zentrales Ziel der Themenerschließung ist es, eine möglichst umfängliche Einschätzung der aktuellen Versorgungsqualität zu ermöglichen, um – im Abgleich mit einer bestmöglichen oder leitliniengerechten Versorgung – vorhandene Potenziale für eine Qualitätssicherung und/oder -förderung zu erkennen und zu bewerten.

2.1 Informationsquellen

Zur Erschließung des Themas wurden Literaturrecherchen – einschließlich der Suche nach vorhandenen, themenspezifischen Patientenbefragungsinstrumenten – und Expertengespräche durchgeführt. Um die Nutzbarkeit von Routinedaten zu prüfen, wurde parallel ein spezifizierter Datensatz bei einer kooperierenden Krankenkasse angefordert. Dem Auftrag entsprechend wurde die Themenerschließung um Recherchen nach vorhandenen themenspezifischen Indikatoren ergänzt.

2.1.1 Literaturrecherche

Die Recherche nach psychotherapeutischen Inhalten und Versorgungsaspekten fokussierte zunächst auf Quellen mit aggregierter Evidenz. Gesucht wurde dementsprechend nach systematischen Übersichtsarbeiten, Health Technology Assessments (HTA) und Leitlinien. Um einen möglichst umfassenden Überblick über den derzeitigen Forschungsstand zum Thema Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie zu gewinnen, erfolgte zusätzlich eine umfangreiche Handrecherche nach weiteren Informations- und Evidenzquellen wie zum Beispiel auch Lehrbüchern. Zur Sicherstellung der Aktualität der ermittelten Evidenz wurde die Recherche dabei grundsätzlich auf einen Publikationszeitraum ab dem Jahre 2000 bis heute begrenzt. Ausgeschlossen wurden Quellen, die mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllen:

- Die Publikation fokussiert ausschließlich den stationären Sektor oder weist nur unzureichende Bezüge zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung auf.
- Die Publikation bezieht sich auf einen nicht-westlichen Kontext (z.B. asiatischer Raum). Hier ist eine mangelfulde Generalisierbarkeit der ausgewiesenen Befunde für die hiesigen deutschen Versorgungsstrukturen anzunehmen.
- Die Publikation behandelt eine eng definierte Zielgruppe (z.B. afroamerikanische Flüchtlinge), sodass etwaige Befunde nicht auf die Allgemeinheit der in Deutschland typischerweise ambulant versorgten Psychotherapiepatienten übertragbar sind.
- Die Publikation fokussiert die Behandlung von Suchterkrankungen, Demenzen, Intelligenzminderungen oder Lernstörungen. Diese Erkrankungen werden zwar unter Umständen psychotherapeutisch behandelt, aber in der Regel liegt der Schwerpunkt der Behandlung nicht in psychotherapeutischen Maßnahmen, sodass kein ausreichendes Potenzial gesehen wird, die Behandlung dieser Erkrankungen über ein auf die Psychotherapie begrenztes QS-Verfahren zu betrachten.
- Die Publikation konzentriert sich auf die (begleitende) psychotherapeutische Behandlung von psychischen Beschwerden infolge somatischer Erkrankungen (bspw. Multiple Sklerose, Krebserkrankungen, Chronic Fatigue Syndrom etc.), die keiner der in der ICD-10 gelisteten F-Diagnosen entsprechen.
- Die Publikation konzentriert sich auf die Psychotherapie im ‚primary care setting‘, welche nicht von den in den deutschen Psychotherapierichtlinien legitimierten Berufsgruppen erbracht wird.
- Bei der Publikation handelt es sich um eine Studie mit einer Studienpopulation von $n < 50$ Personen, sodass die Repräsentativität der Studienergebnisse infrage gestellt werden kann.
- Die Publikation ist nicht in deutscher oder englischer Sprache verfasst.

Recherche nach systematischen Übersichtsarbeiten

Die Recherche nach Sekundärliteratur in Form von systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen fand in der Cochrane Library der Cochrane Collaboration im Zeitraum vom 23. Juli bis zum 24. Juli 2014 statt. Unter Zuhilfenahme von MeSH-Terms (Medical Subject Headings) wurden zur Fokussierung auf die Richtlinienpsychotherapie die Begriffe *Behavior Therapy*, *Psychoanalytic Therapy*, *Psychotherapy Psychodynamic* mit den Schlagwörtern *outpatients*, *outpatient*, *out-patient*, *ambulatory care* zur Eingrenzung auf das ambulante Setting verknüpft. Mit dieser Suchstrategie konnten insgesamt 152 Artikel identifiziert werden. Als themenspezifisch relevant wurden insgesamt 54 systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen bestimmt (siehe Anhang I).

Recherche nach HTA

Die Suche nach nationalen HTAs erfolgte in der Datenbank der Deutschen Agentur für Health Technology Assessment (DAHTA). Nach internationalen HTAs wurde in der Datenbank des International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INATHA) recherchiert.

Für die Recherche in der Datenbank der DAHTA wurden folgende Suchbegriffe eingesetzt:

Psychotherapie (Psychotherapy), psychotherapeut , psychotherapeutic, Psychoanalytisch begründete Verfahren (Psychotherapy, Psychodynamic), Analytische Psychotherapie (Psychoanalytic Therapy), Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie (Behavior Therapy).*

Für die Recherche in der Datenbank des INATHA wurde zunächst dieselbe Suchstrategie wie bei der Recherche nach systematischen Übersichtsarbeiten verwendet. Aufgrund der geringen Anzahl an Treffern wurde ergänzend ein weiterer Suchdurchlauf mit den Schlagwörtern *Psychotherapy* und *outpatient* in einer UND-Verknüpfung durchgeführt. Die Recherche und Bewertung der identifizierten Literatur erfolgte zwischen dem 25. Juli und dem 28. Juli 2014. Von insgesamt 29 gefundenen HTAs konnten insgesamt 8 als themenspezifisch relevant identifiziert werden (siehe Anhang II).

Recherche nach Leitlinien

Zur Erfassung der Ausgangslage bezüglich der praktischen psychotherapeutischen Versorgung wurde nach themenspezifischen Leitlinien recherchiert. Hierbei wurde vor allem nach Leitlinien mit hoher methodischer Güte (S3 oder vergleichbare internationale Evidenzklasse) gesucht. Zur Recherche nach Leitlinien wurde auf die Internetportale „leitlinien.de“ – der Metadatenbank des Leitlinien-Informations- und Recherchedienstes des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) –, auf das Internetportal der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) sowie auf die International Guideline Library des Guidelines International Network (G-I-N) zurückgegriffen. Folgende Begriffe bzw. deren entsprechende englische Übersetzung wurden bei der Recherche vom 21. Juli bis 22. Juli 2014 eingesetzt: *Psychotherapie/ psychotherapy, affektive Störung, depressive Störung, Depression, bipolare Störung, Angststörung, Zwangsstörung, posttraumatische Belastungsstörung, Schizophrenie, somatoform, Ess-Störung, mental disorder, mood disorder.*

Eingeschlossen wurden Leitlinien, die sich auf Erkrankungsbilder beziehen, welche Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie sein können und die Empfehlungen mit Bezug zu psychotherapeutischen Verfahren gemäß Psychotherapie-Richtlinie enthalten. Leitlinien der Stufe 1 sowie zum Zeitpunkt der Recherche bereits abgelauene Leitlinien wurden ausgeschlossen. Als Ausnahme zu diesem Vorgehen wurde die sich in Überarbeitung befindliche deutsche S3-Leitlinie Schizophrenie (DGPPN 2005) aufgrund fehlender Alternativen und der hohen Versorgungsrelevanz des Erkrankungsbildes eingeschlossen. Internationale Leitlinien mit einem letzten Aktualisierungsdatum vor 2008 wurden ausgeschlossen. Es wurden 33 Leitlinien als relevant identifiziert (siehe Anhang III).

Neben einer Nationalen Versorgungsleitlinie Schizophrenie waren laut Angaben der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zum Recherchezeitpunkt weitere, möglicherweise themenspezifisch relevante Leitlinien angemeldet. Hierzu zählen eine Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression und eine S3-Leitlinie zu ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Des Weiteren hat die DGKJP verschiedene Leitlinien zu psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter angemeldet. Diese betreffen unter anderem die Themen Bipolare Störungen und Affektive Dysregulation, Störungen des Sozialver-

haltens sowie Angststörungen. Zum Zeitpunkt der Berichtsabgabe sind als Termine für die geplante Fertigstellung der genannten Leitlinien das zweite Halbjahr 2015 (Leitlinien: ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen; Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen; Störungen des Sozialverhaltens im Kindes- und Jugendalter), das erste Halbjahr 2016 (Leitlinie zu Schizophrenie) sowie das erste Halbjahr 2017 (Leitlinie Bipolare Störungen und Affektive Dysregulation bei Kindern und Jugendlichen) angekündigt. Für die Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression ist der 30. November 2015 als voraussichtlicher Termin für die Fertigstellung angegeben.²

Händische Literatursuche/Studien zur Abbildung der Versorgungssituation

Die händische Literaturrecherche hatte zum Ziel, die aus Reviews und Metaanalysen ermittelte aggregierte Evidenz um Wissen aus psychotherapeutischen Versorgungsstudien und um Erkenntnisse aus psychotherapeutischen Qualitätsinitiativen bzw. -untersuchungen zu erweitern. Nach einer orientierenden Vorrecherche fand die Suche vom 30. Juli bis zum 5. August 2014 vorrangig in den Datenbanken PsycInfo (American Psychological Association (APA)) und Psynex (Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)) statt. Als Suchstrategie kam auch hier die Verknüpfung der Begriffe *Behavior Therapy, Psychoanalytic Therapy, Psychotherapy Psychodynamic* mit den Schlagwörtern *outpatients, outpatient, out-patient, ambulatory care* zum Einsatz. In Abhängigkeit des Umfanges an erzielten Treffern wurde zur Eingrenzung oder Ausweitung der Suchergebnisse eine spezifizierende Suchanfrage mit den Schlagwörtern *Qualität, Qualitätssicherung, Indikation, Diagnostik, Behandlungsumfang, Behandlungsinhalte, Ergebnisse, Ziele, Erfolgsmessung* und *Patientenorientierung* vorgenommen.

Neben randomisiert-kontrollierten Studien in klinisch-künstlichen Settings – sogenannte „efficacy studies“ – wurden unter Berücksichtigung der in psychotherapeutischen Wissenschaftskreisen geäußerten Kritik an der Aussagekraft dieser Ergebnisse für das reale, psychotherapeutische Versorgungsgeschehen auch sogenannte „effectiveness studies“ bzw. „naturalistische Studien“ in die Recherche einbezogen. Im Gegensatz zu den efficacy studies wird bei effectiveness studies die interessierende Forschungsfrage im Feld unter realistischen bzw. natürlichen Bedingungen untersucht, sodass von einer höheren externen Validität der Studienergebnisse für die psychotherapeutische Versorgungspraxis ausgegangen wird (Leichsenring et al. 2008).

2.1.2 Empirische Analysen

Die Analyse von Routinedaten³ soll zum einen allgemeine Erkenntnisse über das Versorgungsgeschehen, über Patientenkollektive und erbrachte Leistungen liefern. Zugleich dient sie der Prüfung der Abbildbarkeit identifizierter Qualitätspotenziale und einer ersten Einschätzung der Nutzbarkeit in einem möglichen QS-Verfahren.

Datenbasis

Als Datenbasis für empirische Analysen stand dem AQUA-Institut der Datensatz einer kooperierenden Krankenkasse zur Verfügung. Darüber hinaus wurde eine kleinere leistungserbringerbezogene Auswertung von Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) einbezogen.

Krankenkassendaten

Für die *Konzeptskizze Qualitätssicherungsverfahren in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung* wurden Routinedaten der Jahre 2009 bis 2012 gemäß Tabelle 1 für Versicherte (ohne Alterseinschränkung) beantragt, bei denen in den Indexjahren 2010 und 2011 mindestens einmal ambulant eine Diagnose entsprechend Tabelle 2 gestellt wurde und bei denen im selben Zeitraum mindestens einmal eine GOP entsprechend Tabelle 3 abgerechnet wurde. Diese Stichprobe enthält nur Patienten, die in den beantragten Jahren durchgängig bei der Krankenkasse versichert waren, mit Ausnahme der zwischenzeitlich Verstorbenen.

Alle genannten Daten wurden in anonymisierter Form geliefert. Die Verknüpfung der in unterschiedlichen Jahren erfolgten Behandlungen erfolgte durch Patienten- und Einrichtungspseudonyme.

² Siehe <http://www.awmf.org/>.

³ Unter Routinedaten werden im vorliegenden Bericht anonymisierte ambulante und stationäre Abrechnungsdaten verstanden, die dem AQUA-Institut von einer kooperierenden Krankenkasse zur Verfügung gestellt wurden.

Tabelle 1: Beantragte Datenbestände

Datenbestand nach Abrechnungskontext (jeweils SGB V)	Beschreibung
§284	Versichertendaten nach §284, einschließlich Sterbedatum, Beschäftigungsstatus, Betreuungsstatus
§301	Behandlung im Krankenhaus mit Markierung von Tageskliniken
§ 117	Hochschulambulanz
§ 118	Psychiatrische Institutsambulanz
§ 115	Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten, v.a. bezüglich vom Krankenhaus im Notfall erbrachter Leistungen
§295	Vertragsärzte einschließlich Psychotherapeuten mit kollektivvertraglicher Abrechnung
§295a	Vertragsärzte einschließlich Psychotherapeuten mit selektivvertraglicher Abrechnung
§300	Verordnungsdaten Medikamente
§302	Heilmittelverordnung nach §302, v.a. ambulante psychiatrische Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege), Ergotherapie

Tabelle 2: Eingeschlossene Diagnosen

Kode	Beschreibung
ICD-10 F+	Psychische und Verhaltensstörungen

Tabelle 3: Eingeschlossene Gebührenordnungspositionen (GOP)

Kode	Beschreibung
35150	Probatorische Sitzung
35200	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)
35201	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)
35202	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Gruppenbehandlung)
35203	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Gruppenbehandlung)
35220	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)
35221	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)
35222	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, kleine Gruppe)
35223	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, kleine Gruppe)
35224	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, große Gruppe)
35225	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, große Gruppe)
35210	Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung)
35211	Analytische Psychotherapie (Gruppenbehandlung)

Einschränkungen des Datenpools

Zum Zeitpunkt der Erstellung der Konzeptskizze standen dem AQUA-Institut keine Daten zu selektivvertraglich erbrachten Leistungen zur Verfügung, da eine Lieferung entsprechender Daten für die Krankenkassen einen hohen Aufwand bedeutet. Prinzipiell sind Auswertungen zu selektivvertraglichen Leistungen möglich, jedoch sind hiermit in jedem Fall kassenindividuelle Auswertungen verbunden.

Einen Abrechnungskode für das Ende einer Psychotherapie gibt es nicht. Psychotherapeutische Leistungserbringer müssen das Ende oder den Abbruch einer Therapie bei der jeweiligen Krankenkasse melden. Theoretisch sind die Krankenkassen also darüber informiert, wie lange ein Patient bei einem Therapeuten in Behandlung war. In den dem AQUA-Institut zur Verfügung gestellten Routinedaten, waren diese Informationen nicht enthalten. Für ein zu entwickelndes Verfahren mit Sozialdaten wäre es wünschenswert, diese Daten ebenfalls zu Auswertungszwecken nutzen zu können.

Es ist bei diesen Zahlen zu berücksichtigen, dass ein Leistungserbringer über die Betriebsstättennummer (BSNR) identifiziert wurde. Es ist daher nicht eindeutig nachzuweisen, von wie vielen Psychotherapeuten ein Patient tatsächlich behandelt wurde. Für ein Qualitätssicherungsverfahren in der Psychotherapie wäre zu prüfen, ob eine eindeutige Identifizierung von Therapeuten (z.B. anhand der LANR) ggf. zweckmäßiger ist. Für die hier dargestellten Auswertungen wurde eine BSNR als ein Leistungserbringer aufgefasst.

Da es sich bei den Daten um eine Stichprobe von Patientendaten einer bestimmten Krankenkasse handelt, können Auswertungen bezogen auf einzelne Therapeuten nicht sinnvoll interpretiert werden, weil nicht alle Patienten eines Therapeuten bei einer bestimmten Krankenkasse versichert sind. Beispielsweise entfallen daher Proheberechnungen von vorgeschlagenen Indikatoren auf Ebene des Leistungserbringers.

Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen

Für das Abschätzen der statistischen Aussagekraft von patientenbezogenen Qualitätsmessungen im ambulanten Bereich ist es notwendig, das Patientenaufkommen während eines Jahres bei dem einzelnen Psychotherapeuten bzw. der einzelnen Nervenarztpraxis einschätzen zu können. Daher wurde die Kassenärztliche Bundesvereinigung gebeten, folgende Berechnungen für den Beobachtungszeitraum eines Jahres vorzunehmen:

- Die Anzahl der bei niedergelassenen Psychotherapeuten behandelten Personen (a) bis zum Alter von einschließlich 21 Jahren und (b) von 18 Jahren aufwärts. (Mittelwert, Spannweite, Standardabweichung, Quartile)
- Die Anzahl der bei niedergelassenen Psychotherapeuten behandelten Personen bis zum Alter von einschließlich 21 Jahren, gegliedert nach definierten Diagnosegruppen. (Mittelwert, Spannweite, Standardabweichung, Quartile)
- Die Anzahl der bei niedergelassenen Psychotherapeuten behandelten Personen, ab einem Alter von einschließlich 18 Jahren, aufwärts gegliedert nach definierten Diagnosegruppen. (Mittelwert, Spannweite, Standardabweichung, Quartile)

Aufbereitung der Daten

Hochrechnung und Standardisierung der Ergebnisse

Da es sich bei den vorliegenden Daten um eine Stichprobe aus dem Versichertenbestand einer Krankenkasse handelt, erfolgte eine alters- und geschlechtsstandardisierte Hochrechnung. Als Grundlage für die Hochrechnung dienten die sogenannten KM 6-Statistiken⁴, die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) entsprechend der von den gesetzlichen Krankenversicherungen gelieferten Informationen veröffentlicht werden.

⁴ <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html>, Zugriff am 02.03.2015.

Bildung von Auswertungskohorten

Zur Vorbereitung der konkreten Berechnungen wurde der Datenpool vorstrukturiert.

Es wurden insgesamt 2 Grundgesamtheiten definiert, die für die unterschiedlichen Berechnungen genutzt wurden.

Für querschnittliche Auswertungen wurde eine Grundgesamtheit definiert als: Alle Patienten mit mindestens einer abgerechneten Psychotherapie nach Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2011.

Für längsschnittliche Auswertungen wurde eine Kohorte mit Patienten gebildet, die im ersten oder zweiten Quartal 2010 (Selektionszeitraum) mit einer Einzeltherapie in Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie begonnen haben und deren Therapie bis zum zweiten Quartal 2012 beendet⁵ wurde. Der Beginn einer Therapie wurde definiert als die erste Richtlinientherapiestunde im Selektionszeitraum, unter der Bedingung, dass im Zeitraum bis zu 365 Tage davor keine Richtlinientherapiestunde (GOP gemäß Tabelle 3, ohne probatorische Sitzung) abgerechnet wurde. Die Kohorte wurde stratifiziert nach Kindern und Jugendlichen (bis einschließlich 19 Jahre) sowie Erwachsenen (zwischen 19 und 69 Jahren). Der Auswahlprozess der Kohorte ist in Abbildung 1 dargestellt.

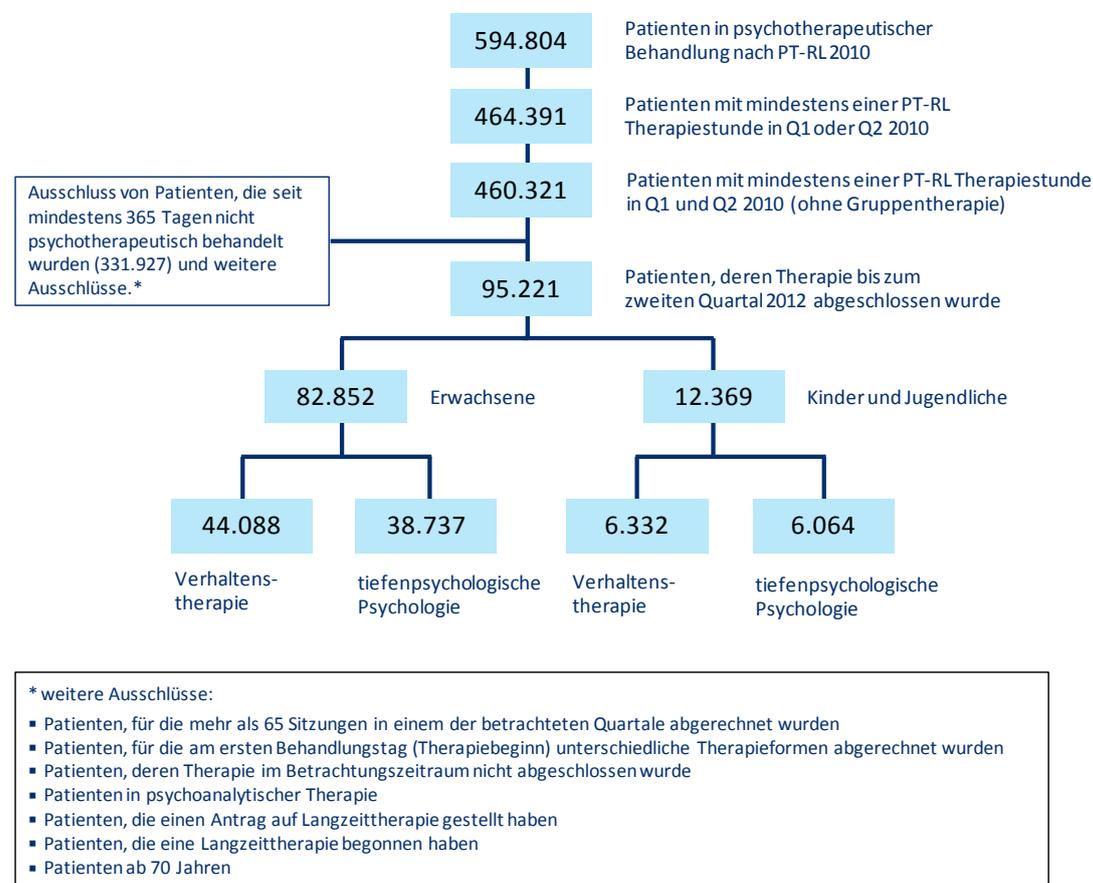


Abbildung 1: Auswahlprozess der Kohorte

Folgende Arbeitsdefinitionen wurden für Auswertungen, die sich auf den zeitlichen Verlauf einer Psychotherapie beziehen, gewählt:

- vor der Therapie: Bis einschließlich der ersten Therapiestunde
- während der Therapie: Ab der zweiten Therapiestunde bis zur vorletzten Therapiestunde
- nach der Therapie: Bis einschließlich der letzten Therapiestunde

⁵ Eine Therapie wurde dann rückwirkend als beendet definiert, wenn ein Patient mindestens 6 Monate in Folge nicht mehr bei derselben Betriebsstätte psychotherapeutisch behandelt wurde oder wenn ein Patient mindestens 6 Monate in Folge nicht mehr in Kurzzeittherapie behandelt wurde.

In Vorbereitung auf die Auswertungen wurde der EBM-Katalog auf möglicherweise relevante Abrechnungsziffern überprüft. Identifiziert wurden:

Tabelle 4: Relevante Abrechnungsziffern für die Routinedatenprüfung

GOP	Bezeichnung
35300	Anwendung und Auswertung standardisierter Testverfahren
35301	Anwendung und Auswertung von psychometrischen Testverfahren
35140	Biographische Anamnese
35141	Vertiefte Exploration
23220	Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung
35131	Bericht an den Gutachter oder Obergutachter zum Antrag des Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung oder Verlängerung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der analytischen Psychotherapie oder der Verhaltenstherapie, als Langzeittherapie
35130	Bericht an den Gutachter oder Obergutachter zum Antrag des Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder der Verhaltenstherapie, als Kurzzeittherapie
XXXXXB	Abrechnungsziffern für Richtlinientherapie mit dem Zusatz B zeigen den Einbezug von Bezugspersonen an.

2.1.3 Expertengespräche

Zum Thema Ambulante Psychotherapie liegt derzeit verhältnismäßig wenig Evidenz hinsichtlich allgemeiner Wirkfaktoren vor. Hinzu kommt, dass viele relevante Aspekte aus z.B. ethischen Gründen nicht Gegenstand von Studien sein können oder erst in jüngerer Zeit von der Forschung fokussiert werden und noch keine ausreichenden Ergebnisse vorliegen.

Insbesondere Informationen über Qualitätsdefizite und die Versorgungsrealität bezüglich der ambulanten Psychotherapie lassen sich kaum aus der Forschungsliteratur entnehmen. Aus diesem Grund wurde bei der Erstellung dieser Konzeptskizze umfänglich auf externe Expertise zurückgegriffen. Insgesamt fanden 16 Experteninterviews – zum Teil im Rahmen von persönlichen Treffen, zum Teil als Telefonkonferenzen statt. Die Gespräche wurden als Leitfadeninterviews konzipiert, d.h. sie wurden auf Basis eines Fragenkatalogs (siehe Anhang V) geführt.

Um einen Einblick in die Patientenperspektive zu gewinnen, wurden auch zwei Patienten als Experten hinzugezogen. Dies schien insbesondere im Hinblick auf das Gebot der Patientenorientierung des Auftrags sowie hinsichtlich Aspekten wie Kommunikation, Information und zwischenmenschlichem Agieren im Versorgungsgeschehen sinnvoll.

Eine Auflistung aller geführten Gespräche findet sich in Anhang IV, der Interviewleitfaden sowie ein Protokoll mit den aggregierten Expertenaussagen finden sich in Anhang VI.

2.1.4 Indikatorenrecherche

Bisher entwickelte oder auch bereits angewendete themenspezifische Indikatoren wurden in nationalen und internationalen Indikatorensystemen, Indikatorendatenbanken sowie bei Agenturen mit Erfahrung in der Entwicklung von Indikatoren recherchiert. Insgesamt wurden 54 Institutionen und Portale im Zeitraum vom 5. bis zum 28. August 2014 durchsucht (siehe Anhang VII). Dabei konnten 131 themenspezifisch relevante Indikatoren identifiziert werden. Darüber hinaus wurden 16 in Leitlinien empfohlene sowie 7 in einem Projekt der DGPPN (Zielasek et al. 2012) entwickelte Indikatoren eingeschlossen (siehe Anhang VII). Als themenspezifisch relevant eingestuft wurden Indikatoren mit Bezug zur ambulanten Psychotherapie oder Indikatoren, für die ein Bezug zur ambulanten Psychotherapie denkbar ist. Indikatoren, die ausschließlich den stationären psychotherapeutischen Versorgungsbereich betreffen, wurden nicht eingeschlossen. Des Weiteren wurden Indikatoren

ausgeschlossen, wenn der darin fokussierte Aspekt nicht in den Hauptverantwortungsbereich des Psychotherapeuten fällt, sondern beispielsweise eher die hausärztliche, psychiatrische bzw. neurologische oder sozial-psychiatrische Versorgung betrifft. Ebenfalls ausgeschlossen wurden Indikatoren, die sich auf die regionale Gesundheitsversorgung beziehen, sofern sie nicht schwerpunktmäßig die Qualität der psychotherapeutischen Versorgung betreffen.

2.1.5 Recherche zu Messinstrumenten

Am 13. und 14. Februar 2015 erfolgte eine Recherche nach vorhandenen, validierten Instrumenten zur Erfassung der Patientenperspektive, die grundsätzlich für eine Befragung von Psychotherapiepatienten eingesetzt werden könnten. Gesucht wurde nach Instrumenten zur Erfassung der Prozessqualität (z.B. partizipative Entscheidungsfindung, therapeutische Beziehung) sowie der Ergebnisqualität (z.B. Patientenzufriedenheit, Lebensqualität, Symptomreduktion) aus Patientensicht. Des Weiteren wurden Messinstrumente, die zur Erfassung der Ergebnisqualität aus Therapeutesicht genutzt werden könnten, in die Recherche einbezogen.

Recherchiert wurde in der Patient-Reported Outcome and Quality of Life Instruments Database (PROQOLID) sowie ergänzend in den Datenbanken EMBASE und PsycINFO. Die Ergebnisse einer Handrecherche wurden ebenfalls einbezogen.

Über PROQOLID wurden in der Kategorie *Pathology=Psychiatry/Psychology* 88 relevante Instrumente identifiziert. Bei EMBASE wurde die Suche mit folgender Strategie durchgeführt: *'psychotherapy'/exp AND 'questionnaire'/exp AND 'methodology'/exp AND 'validation study'/exp*. Diese ergab 79 Treffer. Bei PsycINFO wurde die Suche mit folgender Strategie durchgeführt: *Psychotherapy/exp AND questionnaires/exp AND 'test validity'*. Mit dieser Suchstrategie ergaben sich 55 Treffer.

Nach Ausschluss von Duplikaten und einem Abstract-Screening wurde geprüft, ob für das jeweilige Instrument eine deutschsprachige, validierte Fassung vorliegt. Im Ergebnis war dies für insgesamt 70 Instrumente der Fall (siehe Anhang VIII).

2.2 Versorgungsaspekte

2.2.1 Versorgungsepidemiologie

Da das zu prüfende Thema diagnose- und therapieverfahrensübergreifend angelegt ist, war es erforderlich zunächst eine Analyse der Versorgungsrealität hinsichtlich der Diagnoseverteilung, der Altersstruktur sowie der Verteilung der verschiedenen Richtlinientherapieverfahren vorzunehmen.

Die Jahresprävalenz psychischer Erkrankungen (mindestens eine psychische Erkrankung [ohne Nikotinabhängigkeit]) Erwachsener im Alter von 18 bis 79 Jahren liegt nach Zahlen, die im Rahmen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland erhoben wurden, bei 27,7 %. Mit Abstand am häufigsten sind Angststörungen (21,3 %) und Affektive Störungen (12,4 %) (Jacobi et al. 2014).

Aufgrund von grundsätzlichen definitorischen Problemen sowie Inkonsistenzen bezüglich der Erfassung der Population, kommen Studien zur Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen. Auf Grundlage von gut konzipierten Studien kann eine Prävalenz von 10 bis 20 % angenommen werden. Mit über 50 % sind externalisierende Störungen wie ADHS bei Kindern und Jugendlichen am häufigsten (Petermann 2005).

Nach Auswertungen von KV-Daten (siehe Abschnitt 2.1.2) wurde 2013 für ca. 1,2 Millionen Patienten ab 18 Jahren mindestens eine Richtlinientherapie abgerechnet. Im Alter bis 18 Jahre waren es ca. 170.000 Patienten.

Nach eigenen Berechnungen wurde für 52 % der Patienten ab 20 Jahre, die in 2011 mindestens ein Mal in psychotherapeutischer Behandlung waren, Verhaltenstherapie abgerechnet. Für 44 % wurde tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie abgerechnet und für 4 % wurde analytische Psychotherapie abgerechnet. Für 50 % der Patienten bis einschließlich 19 Jahre wurde Verhaltenstherapie abgerechnet, für 46 % tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und für 10 % analytische Psychotherapie.

Für den überwiegenden Teil der Patienten wurden Einzeltherapiestunden abgerechnet. Nur 1,89 % der für Richtlinienpsychotherapie abgerechneten Quartalsfälle in 2011 entfielen auf Gruppentherapie.⁶ Gruppentherapie spielt also in der aktuellen deutschen Versorgungsrealität so gut wie keine Rolle.

Dauer und Frequenz von Psychotherapie unterscheiden sich stark in Abhängigkeit von der jeweiligen Therapieform und von den beantragten Stundenkontingenten (siehe Abschnitt 2.2.2). Tabelle 5 gibt eine Übersicht entsprechend dieser Einteilung, die einer Studie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit Daten der Jahre 2009 bis 2012 entnommen ist (Multmeier 2014). Aus derselben Studie ergibt sich, dass von allen Patienten, für die im Jahr 2009 eine psychotherapeutische Sitzung abgerechnet wurde, ca. 43 % im selben Jahr mit der Therapie begonnen haben und nicht im Jahr zuvor schon in Behandlung waren.

Tabelle 5: Durchschnittliche Inanspruchnahme von Psychotherapie in Deutschland 2009–2012, Daten KBV

		Sitzungen bis Therapieende			Anzahl Quartale mit Psychotherapie			Sitzungen pro Quartal	
		Quartile			Quartile			MW	SD
		25 %	Median	75 %	25 %	Median	75 %		
VT	KZT	10	20	25	2	4	6	4,5	2,2
	KZT und LZT	40	45	58	7	9	10	5,9	1,9
	LZT	20	39	49	4	6	8	6,2	2,8
TP	KZT	10	21	25	2	4	5	4,7	2,5
	KZT und LZT	46	50	79	7	9	11	6,8	2,2
	LZT	21	44	62	4	6	9	6,5	3,3
AP	TP KZT und AP	58	87	148	6	9	11	11,7	5,3
	-	39	89	160	4	7	11	13,9	7,6
Sonstige Therapie-kombinationen		27	45	75	5	7	10	7,4	4,4

AP = Analytische Psychotherapie; KZT = Kurzzeittherapie; LZT = Langzeittherapie; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; TP = Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie; VT = Verhaltenstherapie

Die überwiegende Mehrheit der Patienten beginnt mit einer Kurzzeit-Einzeltherapie (84 %). Weitergehende eigene Berechnungen der Routinedaten haben ergeben, dass etwa 4 % der Patienten mit Verhaltenstherapie (Kurzzeit) die Therapie mit einer Langzeittherapie fortsetzen. Bei Patienten, die mit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (Kurzzeit) beginnen, sind es etwa 6 %.

Von allen Patienten, die mit einer Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie beginnen, beginnen etwa 3 % nach Abschluss oder Abbruch dieser Therapie innerhalb eines halben Jahres eine neue Richtlinienpsychotherapie bei einem anderen Leistungserbringer.

⁶ Quelle: Eigene Berechnungen bezogen auf das Jahr 2011.

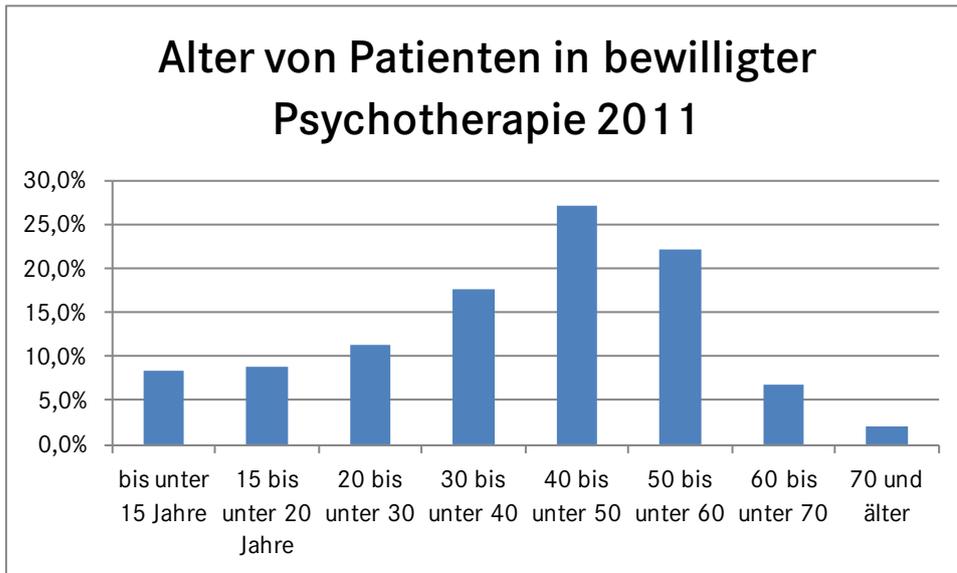


Abbildung 2: Altersverteilung von Patienten, die eine Psychotherapie in Anspruch nehmen. Eigene Berechnungen, Krankenkassendaten 2011

Über die Hälfte der Patienten in Richtlinien­therapie ist zwischen 30 und 60 Jahren alt (67%). Patienten ab 60 Jahren bis unter 70 Jahre sind relativ selten in psychotherapeutischer Behandlung (6,8%). Der Anteil an Patienten über 70 Jahren ist noch einmal deutlich geringer (2%).

Bei erwachsenen Patienten ab 20 Jahren werden Depressionen in 54,3% aller Fälle und somit am häufigsten dokumentiert. Bei 38,5% der Patienten wird eine neurotische, belastungs- oder somatoforme Störung diagnostiziert. Bei 25% sind es andere neurotische und somatoforme Störungen (außer Angststörungen, Zwangsstörung, posttraumatische Belastungsstörung, somatoforme Störungen). Zwangsstörungen werden bei 3% der Patienten diagnostiziert (Abbildung 3).

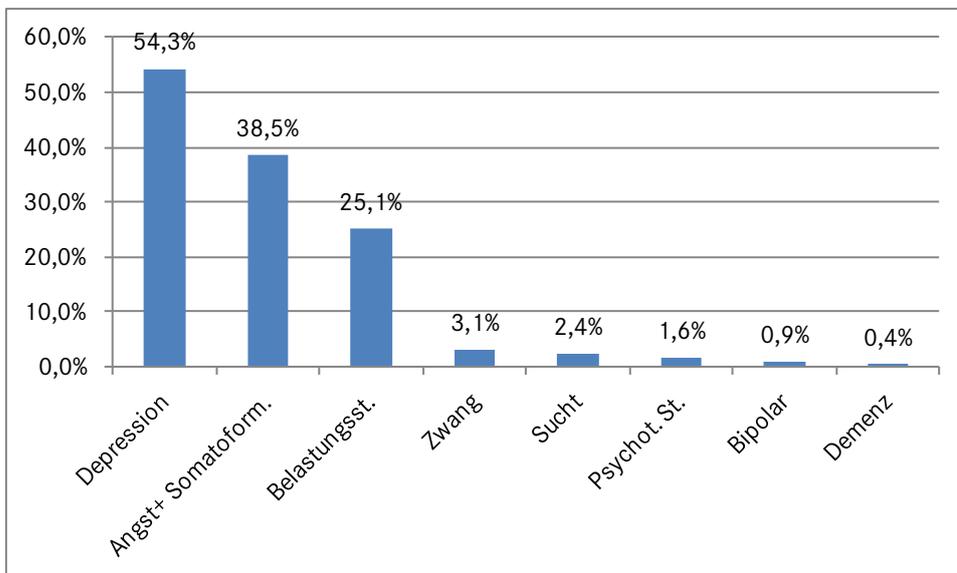


Abbildung 3: Verteilung der Diagnosen auf in Anspruch genommene Psychotherapien. Eigene Berechnungen, Krankenkassendaten 2011, alle Altersgruppen

Legende

Depression	ICD-10 F32, F33, F34.1, F 34.8, F34.9, F38, F39
Angst + Somatoform.	ICD-10 F40,F41, F 45
Belastungsst.	ICD-10 F43, F44, F48
Zwang	ICD-10 42
Sucht	ICD-10 F10-19
Psychot. St.	ICD-10 F20-29
Bipolar	ICD-10 F30, F31, F34.0
Demenz	ICD-10 F00-09

Die häufigsten Diagnosen bei einer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen bis einschließlich 20 Jahre sind Störungen des Sozialverhaltens und Emotionale Störungen des Kindesalters (37 %), hyperkinetische Störungen (17 %) und affektive Störungen (11 %).

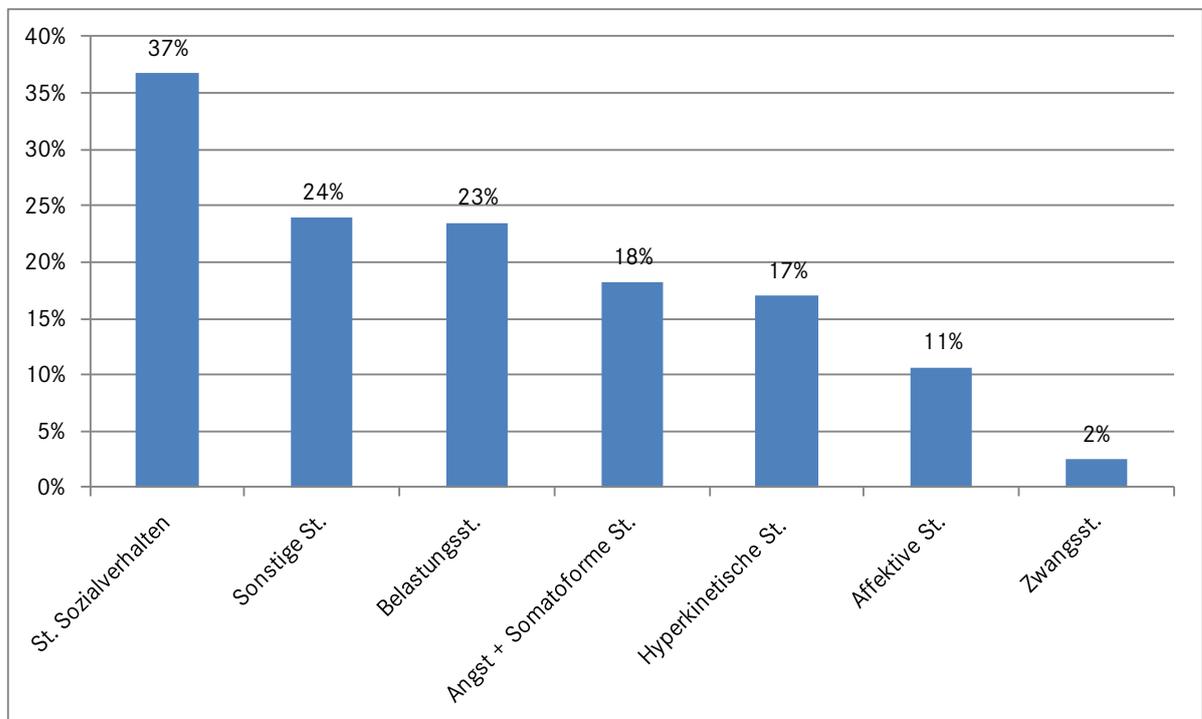


Abbildung 4: Verteilung der Diagnosen auf in Anspruch genommene Psychotherapien. Eigene Berechnungen, Krankenkassendaten 2011, Kinder und Jugendliche bis einschließlich 19 Jahre

Legende

St. Sozialverhalten	ICD-10 F 91-99
Belastungsst.	ICD-10 F43, F44, F 48
Hyperkinetische St.	ICD-10 F 90
Angst + Somatoforme St.	ICD-10 F40, F41, F 45
Affektive St.	ICD-10 F30-39
Zwangsst.	ICD-10 F42
Sonstiges	

Die ambulante psychotherapeutische Versorgung wird von ca. 13.500 Psychologischen und ca. 2.400 ärztlichen Psychotherapeuten, ca. 2.600 Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, ca. 2.000 Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie rund 3.100 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und ca. 850 Kinder- und Jugendpsychiatern gewährleistet (Nübling et al. 2014).

Im Median rechnet eine an der Versorgung nach der Psychotherapie-Richtlinie teilnehmende Betriebsstätte im Jahr für 38 Patienten ab 18 Jahren eine antragspflichtige Leistung ab. 25 % der Leistungserbringer behandeln bis maximal 17 Patienten pro Jahr (1. Quartil) und 25 % behandeln mehr als 60 Patienten pro Jahr (obere Grenze, 3. Quartil). 28 % der Betriebsstätten behandeln weniger als 20 Patienten (Die gesetzliche Qualitätssicherung weist die Ergebnisse von Indikatoren immer nach Leistungserbringern mit bis zu 20 Patienten/Fälle und solchen mit mehr aus. Für letztere wird generell infrage gestellt inwieweit die Ergebnisse statistisch belastbar sind). 0,4 % der Betriebsstätten behandeln über 200 Patienten pro Jahr (vgl. Abbildung 5).

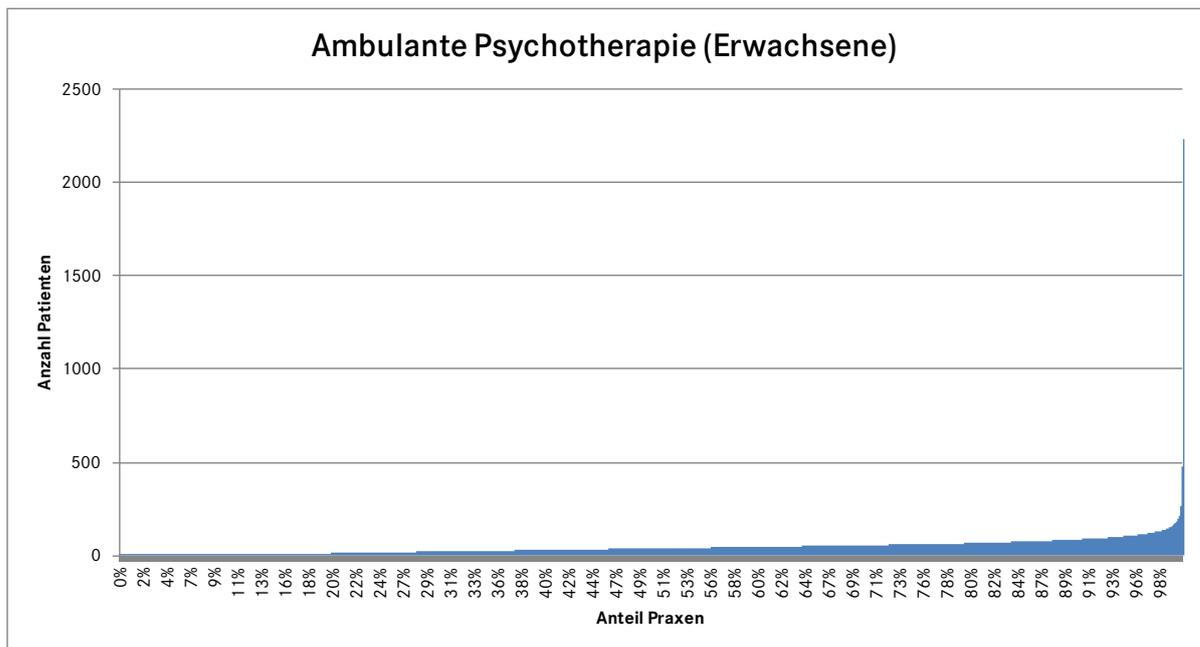


Abbildung 5: Verteilung der Psychotherapiepatienten auf die an der Versorgung teilnehmenden Praxen. Daten Kassenärztliche Vereinigung 2009–2011

Der Median für die Anzahl von Patienten pro Betriebsstätte, die Kinder- und Jugendliche behandeln dürfen, ist aus den zur Verfügung stehenden Daten nicht eindeutig zu ermitteln. In den Daten ist nicht klar abgrenzbar, ob Patienten im Alter zwischen 18 und 21 Jahren im Rahmen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie oder Erwachsenenentherapie versorgt wurden.

Davon ausgehend, dass der Großteil der Behandlung von Kindern und Jugendlichen von den zusammen rund 3.950 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychiatern durchgeführt wird und vor dem Hintergrund, dass rund 170.000 Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren pro Jahr in psychotherapeutischer Behandlung sind, kann ein Mittelwert von ungefähr 43 Kindern und Jugendlichen pro entsprechendem Leistungserbringer angenommen werden.

2.2.2 Versorgungspolitischer Rahmen

Auf Basis von §92 Abs. 6a hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Psychotherapie-Richtlinie beschlossen, in der die konkrete Ausgestaltung der von der gesetzlichen Krankenversicherung getragenen psychotherapeutischen Leistungserbringung geregelt ist. Vom Gesetzgeber für die Richtlinie vorgegebene Regelungsbereiche sind „das Nähere über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten, die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren, das Antrags- und Gutachterverfahren, die probatorischen Sitzungen sowie über Art, Umfang und Durchführung der Behandlung zu regeln.“ Die Richtlinie soll „darüber hinaus Regelungen [...] tref-

fen über die inhaltlichen Anforderungen an den Konsiliarbericht und an die fachlichen Anforderungen des den Konsiliarbericht (§28 Abs. 3) abgebenden Vertragsarztes.“

Einige Regelungen werden nicht unmittelbar in der Psychotherapie-Richtlinie, sondern im Bundesmantelvertrag – Ärzte und der dazugehörigen Anlage: Psychotherapie-Vereinbarungen, festgelegt. Dazu gehören auch die Regelungen zur Qualifikation von Leistungserbringern zur Durchführung von Psychotherapie. Übergeordnete Regelungen dazu finden sich im Psychotherapeutengesetz (PsychThG).

Im Folgenden werden jene Inhalte der genannten Vertrags- und Regelwerke dargestellt, die für den Auftrag besonders relevant sind.

Zur Erbringung von Psychotherapie berechnete Leistungserbringer

Zur Erbringung von Psychotherapie im Sinne der Richtlinie und somit zur Abrechnung von GKV-Leistungen berechnete sind ärztliche, Psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Je nach durchzuführendem Therapieverfahren müssen bestimmte Ausbildungshintergründe vorliegen. Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten können bei entsprechender Ausbildung auch Therapie für Kinder- und Jugendliche anbieten. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dürfen hingegen keine Therapie für Erwachsene anbieten.

Indikation

Psychotherapie kann nach der Richtlinie erbracht werden, wenn die in dieser enthaltene Definition von „Seelischer Krankheit“ erfüllt wird. Entsprechend der Richtlinie wird eine seelische Krankheit verstanden „als krankhafte Störung der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen.“ In §22 wird folgende Liste an Erkrankungen aufgeführt, für die Psychotherapie und psychosomatische Grundversorgung im Sinne der Richtlinie indiziert sein können:

1. *Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie;*
2. *Angststörungen und Zwangsstörungen;*
3. *Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen);*
4. *Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen;*
5. *Essstörungen;*
6. *Nichtorganische Schlafstörungen;*
7. *Sexuelle Funktionsstörungen;*
8. *Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen;*
9. *Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.*

Weitere Indikationen können laut Richtlinie unter Umständen psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und Opioide sein. Des Weiteren seelische Erkrankungen mit Bezug zu frühkindlichen Traumatisierungen oder körperlichen Schädigungen bzw. Missbildungen und schwere chronische Krankheitsverläufe, in deren Folge es zu einer psychischen Erkrankung gekommen ist.

Mit Beschluss des G-BA vom 16. Oktober 2014 wurden auch Schizophrene und affektive psychotische Störungen als Indikation für eine Psychotherapie in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen.

Wenn keine seelische Krankheit vorliegt oder wenn bei einer vorliegenden seelischen Erkrankung ein Behandlungserfolg aufgrund der beim Patienten vorliegenden Dispositionen nicht zu erwarten ist, ist eine Psychotherapie laut Richtlinie explizit nicht indiziert.

Konsiliar-, Antrags- und Gutachterverfahren

Jede Richtlinien-therapie muss vor Beginn und bei Bedarf im weiteren Verlauf bei der jeweiligen Krankenkasse beantragt werden. Grundsätzlich sind alle Anträge auf Psychotherapie zusätzlich gutachterpflichtig.

Dazu ist vom jeweiligen Leistungserbringer ein Bericht für den zuständigen Gutachter zu erstellen. Der Bericht muss Angaben unter anderem zur Anamnese, zu Beschwerden, Vorbehandlungen, Diagnosen, möglicherweise notwendigen Begleitbehandlungen und Kontraindikationen für die Behandlung enthalten.

Der Gutachter überprüft auf Basis des Berichts, ob die beantragte Psychotherapie die Anforderungen hinsichtlich Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit erfüllt.

Nicht-ärztliche Psychotherapeuten müssen Patienten vor Beginn der Therapie zur körperlichen Untersuchung an einen Konsiliararzt überweisen. Der Konsiliararzt verfasst einen Konsiliarbericht für den Therapeuten und ggf. den Gutachter sowie einen Bericht für die Krankenkasse des Patienten.

Leistungsumfang

Anerkannte Psychotherapieverfahren sind psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie. Zu den psychoanalytisch begründeten Verfahren zählen laut Richtlinie die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die analytische Psychotherapie. Eine Kombination von psychoanalytisch begründeten Verfahren und Verhaltenstherapie ist bei einer Behandlung ausgeschlossen.

Psychotherapie kann bei Erwachsenen sowie bei Kindern und Jugendlichen in Einzel- oder in Gruppentherapie durchgeführt werden. Je nach Therapieverfahren und je nach Alter der Patienten sind unterschiedlich große Gruppen möglich.

Je nach Altersgruppe des Patienten, beantragtem Therapieverfahren und je nachdem, ob es sich um Einzel- oder Gruppentherapie handelt, können unterschiedlich gestaffelte Sitzungskontingente beantragt werden. Im Antrag müssen Diagnose(n), die Begründung der Indikation sowie Art und Umfang der geplanten Therapie enthalten sein. Vor der ersten Therapiestunde sind dazu vor Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bis zu 5, vor analytischer Psychotherapie bis zu 8 probatorische Sitzungen möglich.

In der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der Verhaltenstherapie wird sowohl bei der Einzel- als auch bei der Gruppentherapie für alle Altersklassen zwischen Kurz- und Langzeittherapie unterschieden. Eine Kurzzeittherapie ist für die analytische Psychotherapie nicht vorgesehen. Für Kurzzeittherapie können erfahrene Therapeuten von der Gutachterpflicht befreit werden, Langzeittherapie und analytische Psychotherapie sind immer gutachterpflichtig.

Die Kurzzeitkontingente für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und für Verhaltenstherapie umfassen immer 25 Stunden. Während der Kurzzeittherapie kann ein Antrag auf Umwandlung in eine Langzeittherapie gestellt werden. Während Langzeittherapie und analytischer Psychotherapie sind bis zu drei Bewilligungsschritte für eine Verlängerung der Therapie vorgesehen. Für Gruppentherapien werden außer für Kurzzeittherapien Doppelstunden beantragt. Anträge auf Verlängerung einer Therapie sind immer gutachterpflichtig. Beantragt der Patient innerhalb von zwei Jahren nach Abschluss einer Therapie eine weitere Therapie, so ist diese ebenfalls gutachterpflichtig.

In Tabelle 6 sind die Bewilligungsschritte am Beispiel der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und Verhaltenstherapie sowie der analytischen Psychotherapie in Einzeltherapie für Erwachsene dargestellt. Schon erfolgte Therapiestunden werden jeweils von zusätzlich bewilligten Therapiestundenkontingenten abgezogen.

Tabelle 6: Bewilligungsschritte Stundenkontingente für die ambulante Psychotherapie

Stundenkontingente	Verhaltenstherapie	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	analytische Psychotherapie
Kurzzeit	bis 25 Stunden	bis 25 Stunden	./.
LZT/BS: LZT	bis 45 Stunden	bis 50 Stunden	160 Stunden
BS: LZT	bis 60 Stunden	bis 80 Stunden	240 Stunden
BS: LZT	bis 100 Stunden	bis 100 Stunden	300 Stunden

BS = Bewilligungsschritt; LZT = Langzeittherapie; schon erfolgte Therapiestunden werden jeweils von zusätzlich bewilligten Therapiestundenkontingenten abgezogen

Grundsätzlich dauert eine Therapiestunde mindestens 50 Minuten. Niedrigfrequente tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie kann auch in Einheiten von 2 x 25 Minuten durchgeführt werden, wobei sich die maximale Stundenzahl entsprechend erhöht. Verhaltenstherapie kann auch in Einzeltherapie in Doppelstunden erfolgen. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie in Doppelstunden ist unter der Voraussetzung des intensiven Einbezugs von Angehörigen oder Lebenspartnern möglich.

Zur Einbeziehung von Angehörigen in der Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie können zusätzliche Therapiestunden beantragt werden.

Pro Woche dürfen maximal drei Behandlungsstunden durchgeführt werden. Eine höhere Frequenz kann für einen Teil der Therapie beantragt werden.

2.2.3 Versorgungsablauf

Die Durchführung einer ambulanten Psychotherapie dient gemäß § 1 der Psychotherapie-Richtlinie dazu, seelische Krankheiten zu behandeln. Darunter ist „[eine] krankhafte Störung der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen [zu verstehen]. Es gehört zum Wesen dieser Störungen, dass sie der willentlichen Steuerung durch die Patientin oder den Patienten nicht mehr oder nur zum Teil zugänglich sind.“ (§2 Psychotherapie-Richtlinie). Die zahlreichen einschlägigen Krankheitsbilder sind im ICD-10-GM in Kapitel V (F00-F99: Psychische und Verhaltensstörungen) klassifiziert.

In den Leitlinien wird für viele psychische Erkrankungen, darunter Angststörungen, Depression und Zwangsstörungen, empfohlen, eine Psychotherapie anzubieten (Bandelow et al. 2014; DGPPN 2013; NICE 2013; SIGN 2013; DGPPN 2012; DKPM 2012; DeGPT et al. 2011; DGPM et al. 2010; SIGN 2010; McClellan et al. 2007). In den überwiegenden Fällen handelt es sich dabei um starke Empfehlungen aufgrund hoher Evidenz für die Wirksamkeit einer Psychotherapie. Der im Folgenden beschriebene schematische Versorgungspfad bildet nicht die Versorgung einer Erkrankung im Sinne einer F-Diagnose ab, sondern ausschließlich die typischen Prozesse und Meilensteine ambulanter Behandlung mit Richtlinienpsychotherapie, die mitunter nur ein Element der Versorgung einer psychischen Erkrankung ist.

Der Zugang zur Psychotherapie erfolgt zum einen mittels Überweisung bzw. auf Anraten durch einen Behandler aus dem ambulanten Bereich wie beispielsweise den Hausarzt oder einen Facharzt oder im Zuge einer Weiterbehandlung nach einem stationären Aufenthalt. Patienten können einen Psychotherapeuten aber auch auf Anraten des sozialen Umfeldes oder durch Beratungsstellen sowie eigeninitiativ aufsuchen, ohne zuvor einen Arzt konsultiert zu haben. In der Regel erfolgt die erste Kontaktaufnahme des Patienten mit dem Psychotherapeuten telefonisch. Bei diesem ersten Kontakt wird ggf. ein Termin für ein Vorgespräch oder ein erstes Gespräch im Rahmen der Probatorik vereinbart.

Die bis zu fünf Sitzungen umfassende Probatorik findet vor Durchführung der psychotherapeutischen Behandlung statt. Während der probatorischen Sitzungen muss eine umfangreiche Diagnostik und Differentialdiagnostik unter Berücksichtigung von Komorbiditäten erfolgen, um eine angemessene Indikationsstellung zur Therapie zu ermöglichen. Hierzu ist auch eine umfassende Anamnese notwendig. Auf Grundlage der Diagnostik trifft der Therapeut die Entscheidung ob (allgemeine Indikationsstellung) und wie (differenzielle und selektive Indikationsstellung) eine Therapie erfolgen soll.

Weitere zentrale Inhalte der probatorischen Sitzungen sind das Abklären somatischer Komorbiditäten und das Einholen eines Konsiliarberichts sowie Aufbau und Erprobung der therapeutischen Beziehung. Die Qualität und systematische Gestaltung der therapeutischen Beziehung (auch therapeutische Arbeitsbeziehung oder therapeutische Allianz genannt) gilt in der Psychotherapieforschung als ein entscheidendes Prozessmerkmal im Hinblick auf den Behandlungserfolg (Hentschel 2005; Lambert et al. 2005; Orlinsky et al. 2004; Horvath et al. 2002; Norcross 2002; Safran et al. 2000; Lambert et al. 1994; Schaap et al. 1993; Horvath et al. 1991). In diese Phase fällt ebenso die Aufklärung des Patienten, die – zusammen mit den anderen Elementen der Probatorik – eine Partizipative Entscheidungsfindung (*shared decision making*) über das weitere Vorgehen ermöglicht. Bei der Partizipativen Entscheidungsfindung werden die Behandlungsalternativen gemeinsam und unter Berücksichtigung der Präferenzen des Patienten erörtert (Scheibler et al. 2003) und Festlegungen über

Inhalt bzw. Ziele und Umfang der Behandlung getroffen. Das Erarbeiten von Therapiezielen stellt den Übergang von der Phase des Therapiebeginns zur eigentlichen Therapie dar.

Der Ergründung der Behandlungsmotivation und des Veränderungswillens, die eine wichtige Basis für eine ausreichende Compliance des Patienten für die Dauer der Therapie und mithin eine Voraussetzung für einen Behandlungserfolg sind, kommt in dieser Phase ebenfalls besondere Bedeutung zu.

Ist die Indikation für eine ambulante Psychotherapie gegeben, und vereinbaren Therapeut und Patient eine Therapie, erfolgt eine entsprechende – regelmäßig gutachterpflichtige – Antragsstellung bei der Krankenkasse durch den Patienten. In dieser wird geprüft, ob es sich bei dem beantragten Verfahren um ein durch die Richtlinie anerkanntes Verfahren handelt, das im konkreten Behandlungsfall indiziert ist und prognostisch einen Therapieerfolg erwarten lässt (Rüger et al. 2015: 89). Anschließend erfolgt die Durchführung der eigentlichen therapeutischen Sitzungen im bewilligten Setting und Umfang.

Die Psychotherapie endet formal mit Ausschöpfung des bewilligten Stundenkontingents. Ist absehbar, dass das angestrebte Therapieergebnis im Rahmen des bewilligten Stundenkontingents nicht erreicht wird, kann eine Umwandlung in eine Langzeittherapie bzw. eine Verlängerung der Therapie beantragt werden. Es ist jedoch nicht erforderlich, das vollständige Stundenkontingent auszuschöpfen. Die Therapie kann prinzipiell auch zu jedem früheren Zeitpunkt beendet werden, beispielsweise wenn zwischen Patient und Therapeut der Konsens besteht, dass die Therapie vorerst ausreichend erfolgt ist. Zudem kann es auch zu ungeplanten Beendigungen (z.B. patientenseitigen Abbrüchen) kommen. In der Beendigungsphase der Psychotherapie sollte möglichst ein inhaltliches und formales Resümee sowie eine Bewertung der Therapie und ihrer Ergebnisse durch den Patienten und den Therapeuten, das auch die Planung möglicher weiterer Schritte und Interventionen beinhalten kann, erfolgen (Laireiter 2003). Nach Beendigung der Richtlinien-therapie ist es grundsätzlich möglich, dass der Patient bei Bedarf und sofern es ihm vom Psychotherapeuten angeboten wird, so genannte Psychotherapeutische Gespräche als eine Form der niederfrequenten psychotherapeutischen Nachbehandlung in Anspruch nimmt.

Neben dem Psychotherapeuten sind häufig weitere Akteure an der Versorgung von Patienten, die eine Psychotherapie erhalten, beteiligt. Zu Beginn einer Psychotherapie gibt es Schnittstellen insbesondere zu Hausärzten, Fachärzten für Psychiatrie oder Neurologie, stationären Einrichtungen, sozialpsychiatrischen Diensten oder auch psychosozialen Beratungsstellen, da diese häufig eine Rolle bei der Beratung des Patienten hinsichtlich der Inanspruchnahme einer ambulanten Psychotherapie spielen (Albani et al. 2010; Walendzik et al. 2010; Kolip 2008; Schulz et al. 2008). Gemäß Psychotherapie-Richtlinie des G-BA sind Ärzte vor Beginn der Psychotherapie außerdem immer im Rahmen des Konsiliarverfahrens zur Abklärung möglicher somatischer Ursachen in den Versorgungsprozess involviert.

Während der psychotherapeutischen Behandlung ist eine ärztliche Beteiligung immer dann notwendig, wenn zusätzlich eine Pharmakotherapie stattfindet. Eigene Auswertungen der Routinedaten haben gezeigt, dass 57 % der erwachsenen Patienten (Alter > 19 Jahre) in psychotherapeutischer Behandlung gleichzeitig Psychopharmaka erhalten. Auch zur Behandlung somatischer Komorbiditäten, im Rahmen der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit und bei der Abstimmungen über stationäre Einweisungen bestehen Schnittstellen zwischen ambulanten Psychotherapeuten und niedergelassenen Ärzten (Walendzik et al. 2010). Bei einem Großteil der psychischen Erkrankungen ist deshalb eine oder mehrere der folgenden Arztgruppen involviert:

- Hausärzte
- Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Abhängig vom Erkrankungsbild und eventuellen Komorbiditäten sind ggf. weitere Leistungserbringer, beispielsweise Physiotherapeuten, Ergotherapeuten oder beispielsweise Fachärzte aus den Bereichen Innere Medizin oder Orthopädie beteiligt. Des Weiteren können sich Notwendigkeiten der Kooperation mit verschiedenen Insti-

tutionen ohne primär medizinischen Fokus ergeben. Vor allem von chronisch psychisch erkrankten Personen werden häufig z.B. auch psychosoziale Beratungsstellen, sozialpsychiatrische Dienste oder Selbsthilfeinitiativen in Anspruch genommen (Albani et al. 2010; Gaebel et al. 2010; Wittchen et al. 2010; Schulz et al. 2008).

Psychotherapie ist eine therapeutische Intervention, die auf professioneller Kommunikation im Rahmen eines therapeutischen Verhältnisses basiert. Dabei wird mittels handlungsorientierter Strategien versucht, Erleben und Verhalten zu beeinflussen (Senf 2012: 2). Dieses komplexe Geschehen birgt das Risiko, dass es auch zu **unerwünschten Wirkungen** der Therapie kommen kann, die von therapeutischen Misserfolgen abzugrenzen sind (Linden et al. 2013). Was dabei unter „unerwünscht“ zu verstehen ist, ist hochgradig individuell und patientenabhängig. Hinzu kommt, dass es hochproblematisch ist, einen sicheren kausalen Zusammenhang zur Therapie herzustellen. Zwar gibt es Ansätze, nicht erwünschte Therapiewirkungen zu definieren und zu klassifizieren, eine entsprechende empirische Forschung ist aber gegenwärtig noch nicht im ausreichenden Umfang etabliert, sodass zu unerwünschten Wirkungen und zu Risiken einer psychotherapeutischen Behandlung keine ausreichend gesicherten Aussagen gemacht werden können (Leitner et al. 2014).

Es kann aber festgestellt werden, dass im Rahmen der Aufklärung über mögliche Therapierisiken informiert werden sollte, und der Therapeut sollte schon während der probatorischen Sitzungen eventuell bestehende Risikofaktoren ermitteln, um diese angemessen berücksichtigen zu können bzw. um zu der Bewertung zu kommen, dass eventuell ein bestimmtes Therapieverfahren oder eine therapeutische Methode kontraindiziert ist (Linden et al. 2013). Zudem kann durch regelmäßige Beobachtung von sich andeutenden oder eingetretenen Nebenwirkungen im Therapieverlauf diesen frühzeitig entgegengewirkt werden.

Abbildung 6 zeigt den Versorgungsablauf in schematisierter Form.

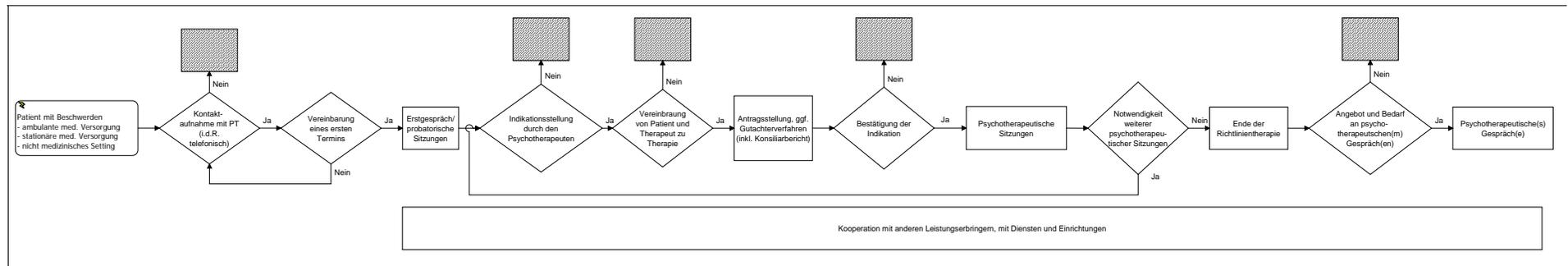


Abbildung 6: Versorgungspfad Ambulante Psychotherapie

2.2.4 Behandlungs- und Versorgungsziele

Die ambulante Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie ist eine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Ziel einer derartigen Leistung i.S. der Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 1 SGB V ist grundsätzlich „[...] die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern [...]“. Wengleich *Krankheit* im Zusammenhang mit der Gesetzlichen Krankenversicherung durch ständige Rechtsprechung als „ein regelwidriger, vom Leitbild des gesunden Menschen abweichender Körper- oder Geisteszustand, der ärztlicher Behandlung bedarf oder den Betroffenen arbeitsunfähig macht“ definiert ist, liegt für den Begriff *Gesundheit* keine allgemeingültige Definition vor (Eichenhofer/Wenner 2013: 6). Er kann nur im Umkehrschluss aus dem konsentierten Krankheitsbegriff abgeleitet werden und ist i.S. des § 1 SGB V im Zusammenhang mit der Verhinderung und Heilung von Krankheiten zu verstehen (Eichenhofer/Wenner 2013: 6). Daraus folgend ist gemäß § 2 Abs. 2 Psychotherapie-Richtlinie Psychotherapie nur dann eine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung, wenn sie dazu dient „eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.“ Somit kann die Heilung eines von mehreren Zielen der psychotherapeutischen Behandlung sein.

Je nach Blickwinkel und beteiligtem Akteur (z.B. Patient, Leistungserbringer, Solidargemeinschaft) stehen unterschiedliche andere Versorgungsziele der Psychotherapie im Fokus. Diese können, müssen aber nicht miteinander korrespondieren. Konsens besteht darüber, dass die Psychotherapie aktuelles Leiden lindern und Behinderung bzw. Beeinträchtigung in wichtigen Lebens- und Funktionsbereichen reduzieren bzw. abbauen soll.

Versorgungsziele aus der Perspektive der Solidargemeinschaft umfassen die Vermeidung von Chronifizierung oder das Verhindern oder Hinauszögern von Rezidiven, die Vermeidung von sekundären Krankheitsschäden und Komorbidität, den Erhalt oder die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit, die Vermeidung von Frühberentungen aufgrund einer psychischen Erkrankung sowie grundsätzlich die Verringerung der Notwendigkeit, das Gesundheitssystem in Anspruch zu nehmen. Zu nennen wäre hier auch das indirekte Versorgungsziel der Möglichkeit der gesellschaftlichen Teilhabe psychisch kranker Menschen.

Die gesetzliche Qualitätssicherung nach § 137a SGB V nimmt bezüglich der Versorgungsziele eine klare patientenorientierte Sicht ein. Das Behandlungsziel einer Psychotherapie orientiert sich daher wesentlich an der individuellen Perspektive des einzelnen Patienten in Abhängigkeit von dessen konkreter Situation, d.h. es variiert nach Art und Schwere der Erkrankung, der spezifischen Ausprägung der Symptomatik einschließlich der damit einhergehenden Beeinträchtigungen und der Lebenssituation des Patienten.

In zahlreichen Expertengesprächen ließen sich folgende prioritäre Behandlungsziele der Psychotherapie identifizieren:

- Vollständige Remission
- Symptomlinderung bzw. -reduzierung
- Krankheitsakzeptanz sowie Bewältigungsstrategien für die Erkrankung
- Verbesserung der Lebensqualität und Lebenszufriedenheit
- Verbesserung der Funktionalität in Bereichen wie z.B. soziale Beziehungen, Berufstätigkeit
- Entwickeln von Fähigkeiten zur Selbstregulation und Selbstwirksamkeit, sodass das Leben soweit wie möglich ohne therapeutische Unterstützung bewältigt werden kann
- Ressourcenstärkung und Einschränken von Risikoverhalten
- Reduktion von schädlichen Verhalten einschließlich des Konsums von Suchtmitteln

Die genannten Versorgungs- und Behandlungsziele treffen weitestgehend auch auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen zu. Ergänzende Versorgungsziele der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sind die Prävention psychischer Erkrankung im Erwachsenenalter bzw. das Vermeiden von Chronifizierung bis ins Erwachsenenalter hinein sowie das Vermeiden von Entwicklungsstörungen bzw. das Erlangen der Fähigkeit, wichtige Entwicklungsstufen zu bewältigen.

2.3 Qualitätspotenziale

2.3.1 Qualitätsrelevante Prozesse (Prozessqualität)

Psychotherapie ist – wie aufgezeigt – ein sehr heterogenes Feld, geprägt durch unterschiedliche therapeutische Ansätze, Verfahren und Schulen, die auf verschiedenen Theorien basieren. Für zahlreiche psychische Erkrankungen bzw. diagnostische Gruppen existieren therapeutische Verfahren, störungsspezifische Therapiemanuale und Behandlungsleitlinien.

Auf Grundlage der Themenschließung zu dieser Konzeptskizze konnten qualitätsrelevante Prozesse ermittelt werden, die auch unabhängig vom konkreten therapeutischen Verfahren und einer spezifischen Diagnose wichtige Faktoren für einen Therapieerfolg sind. Diese therapieverfahrens- und diagnoseübergreifenden Qualitätspotenziale lassen sich den zeitlichen Phasen Probatorik, Verlauf der Therapie und Therapieabschluss zuordnen und werden im Einzelnen vorgestellt.

1 – Probatorik

In die Phase der Probatorik fallen folgende Qualitätspotenziale:

- Eingangsdiagnostik,
- allgemeine und differenzielle Indikationsstellung,
- Aufklärung und Partizipative Entscheidungsfindung.

Eingangsdiagnostik

Im Rahmen der Eingangsdiagnostik sollte eine ausführliche Anamnese durchgeführt werden und eine eingehende Differentialdiagnostik unter Berücksichtigung von Komorbiditäten erfolgen. Dies ist die Basis, um die Indikation für eine Psychotherapie zu stellen.

Die Eingangsdiagnostik soll folgende Fragen beantworten (Laireiter 2003):

- Welches sind die therapierlevanten Leidenszustände des Patienten?
- Ist eine Psychotherapie indiziert?
- Welche Art von Therapie ist zweckmäßig und zielführend?
- Welche Ziele sollen in der Therapie erreicht werden und wie können diese Ziele erreicht werden?

Mehrere Leitlinien empfehlen eine umfassende Diagnostik und Differentialdiagnostik anhand von operationalisierten Diagnosesystemen wie ICD-10 (Bandelow et al. 2014; DGBS et al. 2012; DGPPN 2005). Ebenfalls wird – je nach Krankheitsbild – eine einfache oder starke Empfehlung ausgesprochen, Symptome und Komorbiditäten, sowohl somatischer, als auch psychischer Art, sowie deren Schwere zu eruieren und außerdem funktionale und soziale Aspekte der Erkrankung zu berücksichtigen (DGPPN 2013; DGBS et al. 2012; DGPM et al. 2012; DGPPN 2012; DeGPT et al. 2011; NICE 2009; DGPPN 2005).

Je nach Krankheitsbild sind bestimmte Aspekte bei der Diagnostik besonders zu berücksichtigen: die Abklärung von Suizidalität empfehlen die Leitlinien zu Unipolarer Depression, Bipolarer Störung, Schizophrenie und posttraumatischer Belastungsstörung (DGBS et al. 2012; DGPPN 2012; DeGPT et al. 2011; DGPPN 2005). Die Berücksichtigung eines möglichen Substanz und/oder Alkoholmissbrauchs empfehlen Leitlinien zu Bipolarer Störung, Schizophrenie, Depression, sozialen Ängsten und posttraumatischer Belastungsstörung (NICE 2013; DGPPN 2012; DeGPT et al. 2011; McClellan et al. 2007; DGPPN 2005).

Zum routinemäßigen Einsatz von Instrumenten für die Eingangsdiagnostik finden sich keine Empfehlungen in den recherchierten Leitlinien. Es wird jedoch dargestellt, dass diese den diagnostischen Prozess unterstützen können. Die Evidenz für den Einsatz von Instrumenten hinsichtlich deren Einfluss auf Therapie-Outcomes ist dünn. Für die Entwicklung diagnostischer Standards ist weitere Forschung notwendig (Petermann et al. 2008). Unter einigen Experten gibt es allerdings einen Konsens dahingehend, dass quantitative diagnostische Instrumente eingesetzt werden sollten (Laireiter 2003). Die Modellstudie der Techniker Krankenkasse zur Verlaufsmessung in der psychotherapeutischen Versorgung legt nahe, dass Therapeuten, die bei der Diagnostik auch

standardisierte Instrumente zur Symptomerhebung einsetzen, mehr und differenzierter diagnostizieren als Therapeuten, die diese nicht einsetzen (Wittmann et al. 2011). Überdies ermöglicht der Einsatz von standardisierten Instrumenten im Rahmen der Eingangsdiagnostik Messungen im Verlauf und zum Ende der Therapie.

Hinweise auf Qualitätsdefizite im Rahmen der Eingangsdiagnostik fanden sich in der Literatur kaum. Die befragten Experten nannten jedoch zwei mögliche Qualitätsdefizite: Zum einen werde sich für eine umfassende Eingangsdiagnostik oft zu wenig Zeit genommen. Zum anderen erfolge häufig keine strukturierte Diagnostik unter Einsatz von Messinstrumenten.

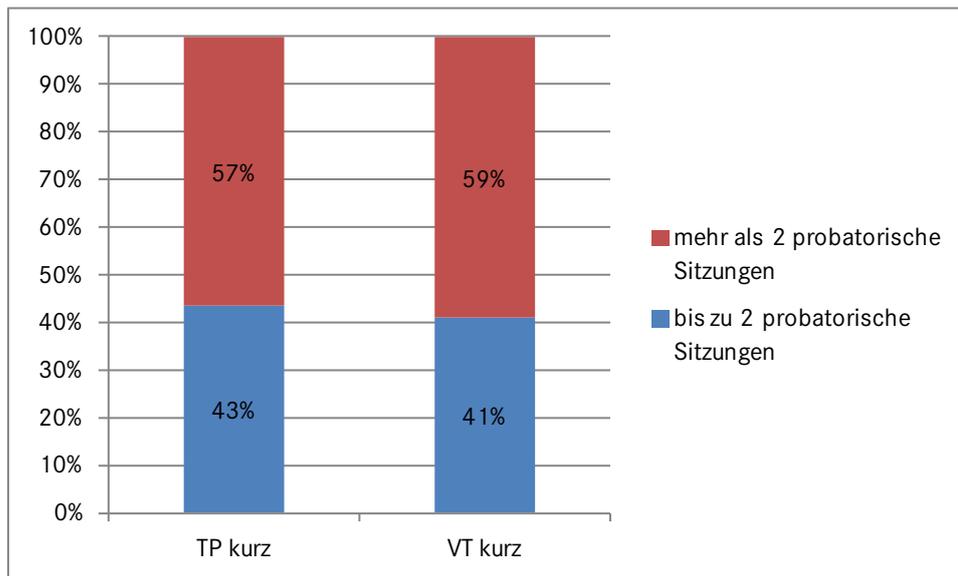


Abbildung 7: Anteil von Kurzzeittherapien mit einer Probatorik von bis zu zwei Sitzungen

In eigenen Berechnungen auf Basis von Routinedaten finden sich Hinweise, die diese Einschätzungen stützen: So werden in ca. 40 % aller neu begonnenen Kurzzeit-Therapien maximal zwei probatorische Sitzungen vor der Psychotherapie abgerechnet. Eine Diagnostik ist in diesem Zeitrahmen nach Experteneinschätzung nicht angemessen durchführbar.

Standardisierte Testverfahren werden offenbar selten im Rahmen der Eingangsdiagnostik eingesetzt. Bei über 80 % der Patienten wurde vor Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (in Kurzzeit) kein Einsatz eines standardisierten Messverfahrens abgerechnet. Auch eine vertiefte Exploration wird nur bei ca. 20 % der Patienten während der probatorischen Sitzungen abgerechnet.

Allgemeine Indikationsstellung

Der Zugang zur Psychotherapie erfolgt wie oben beschrieben sehr unterschiedlich: eigeninitiativ, motiviert durch das Umfeld, durch Überweisung anderer Behandler usw. Diese „Vorgeschichte“ der Indikationsstellung findet jedoch weitgehend außerhalb der in dieser Konzeptskizze adressierten ambulanten psychotherapeutischen Versorgung und teilweise außerhalb des durch das SGB V erfassten Bereichs statt.

Die letztendliche Indikation für eine Psychotherapie stellt der Psychotherapeut im Rahmen der Probatorischen Sitzungen. Dabei wird nicht nur berücksichtigt, inwieweit eine psychische Erkrankung vorliegt, sondern auch inwieweit der Therapeut den Einsatz einer Psychotherapie für zielführend hält. Nach der Psychotherapie-Richtlinie besteht die Indikation für eine GKV-finanzierte Psychotherapie nur für bestimmte Diagnosen, die in §22 Abs. 1 und 2 der Richtlinie aufgeführt sind (siehe Abschnitt 2.2.2). Darüber hinaus sollen bei der Indikationsstellung die Motivation und Umstellungsfähigkeit sowie die Persönlichkeitsstruktur des Patienten berücksichtigt werden. §22 Abs. 3 der Richtlinie legt fest, dass eine Psychotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen ist, wenn

„zwar seelische Krankheit vorliegt, aber ein Behandlungserfolg nicht erwartet werden kann, weil dafür bei der Patientin oder dem Patienten die Voraussetzung hinsichtlich der Motivationslage, der Motivierbarkeit oder der Umstellungsfähigkeit nicht gegeben sind, oder weil die Eigenart der neurotischen Persönlichkeitsstruktur (gegebenenfalls die Lebensumstände der Patientin oder des Patienten) dem Behandlungserfolg entgegensteht.“

Des Weiteren ist Psychotherapie keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn

- *„sie nicht der Heilung oder Besserung einer seelischen Krankheit, sondern allein der beruflichen oder sozialen Anpassung oder der beruflichen oder schulischen Förderung dient,*
- *sie allein der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- und Sexualberatung dient“ (§22 Abs. 3).*

Diese Formulierungen der Richtlinie zeigen, dass es sich bei der Indikationsstellung für eine Psychotherapie um einen sehr individuellen, von vielen Umständen und Einschätzungen abhängigen Prozess handelt.

Auf die Therapiefähigkeit der Patienten, deren Bewertung die Psychotherapie-Richtlinie vorsieht, gehen Leitlinien in ihren Empfehlungen zur Psychotherapie nicht ein. Ihre Empfehlungen beziehen sich überwiegend ausschließlich auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung (Bandelow et al. 2014; DGPPN 2013; NICE 2013; DGPPN 2012; DKPM 2012; DeGPT et al. 2011; DGPM et al. 2010; SIGN 2010; McClellan et al. 2007). Lediglich bei leichter Symptomatik halten Leitlinien Psychotherapie für nicht unmittelbar indiziert. Dies betrifft:

- Patienten mit Angststörungen mit einem leichten Leidensdruck, ohne psychosoziale Einschränkungen und ohne Komplikationen (Bandelow et al. 2014),
- Patienten mit leichter verlaufenden nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden ohne andere Symptomatik (DKPM 2012),
- Patienten mit leichten Depressionen, wenn anzunehmen ist, dass die Symptomatik auch ohne aktive Behandlung abklingt. Hier kann im Sinne einer aktiv-abwartenden Begleitung zunächst von einer depressionsspezifischen Behandlung abgesehen werden (DGKJP 2013; DGPPN 2012).

In Übereinstimmung mit der Psychotherapie-Richtlinie betonten die vom AQUA-Institut konsultierten Experten, dass die Diagnose allein für die Indikation zur Psychotherapie nicht ausreichend sei. Entscheidend seien die Lebensumstände des Patienten und der individuelle Bedarf, der bei gleicher Diagnose von Patient zu Patient durchaus unterschiedlich sein könne. Die entscheidende Frage sei, ob eine Psychotherapie im individuellen Fall, unter Berücksichtigung der aktuellen Belastungsfaktoren und Ressourcen des Patienten, Erfolg versprechend ist. Dabei müsse das Therapieziel nicht zwingend eine vollständige Remission sein, sondern es sei ein dem jeweiligen Patienten angemessenes und individuell zu formulierendes Ziel.

Ein mögliches Qualitätspotenzial „Indikation zur Psychotherapie“ bezieht sich auf die Aussage von Experten, dass Patienten mit schweren psychischen Störungen, wie z.B. Psychosen, in der Psychotherapie unterrepräsentiert seien. Neben einer Reihe weiterer Zugangsbarrieren könne dies auch damit zusammenhängen, dass Patienten mit schweren psychischen Störungen weniger häufig ein Behandlungsplatz von einem Therapeuten angeboten würde. Über die Frage, inwieweit Patienten mit nur leichten Störungen mit Psychotherapie überversorgt werden, hatten die Experten auseinandergelagerte Meinungen.

Tatsache ist jedoch, dass es für keine der gängigen Annahmen zur Unter- oder Überversorgung mit Psychotherapie belastbare Evidenz aus der Versorgungsforschung gibt. Es gibt lediglich Untersuchungen zur Prävalenz der Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen durch Patienten mit bestimmten Störungen. Diese sind aber nicht geeignet, Aussagen über die Qualität der Indikationsstellung zu machen, da Psychotherapie nicht in jeder Krankheits- und Lebensphase in gleicher Weise indiziert sein muss.

Patienten, bei denen die Indikation zur Psychotherapie zwar besteht, die aber keinen Therapeuten aufsuchen, können nicht zum Gegenstand einer Qualitätssicherung von ambulanter psychotherapeutischer Versorgung gesetzlich Krankenversicherter gemacht werden, da dies außerhalb des Einflusses des Psychotherapeuten steht.

Die Qualität der Indikationsstellung kann zwei Gruppen von Patienten betreffen:

- Patienten, die eine oder mehrere probatorische Sitzungen in Anspruch nehmen, aber anschließend keine Psychotherapie bei dem betreffenden Therapeuten beginnen, und
- Patienten, die nach probatorischer Sitzung eine Therapie bei demselben Psychotherapeuten beginnen.

Für die erstgenannte Gruppe besteht ein Risiko einer möglichen Unterversorgung, für die zweitgenannte Gruppe ein Risiko einer möglichen Über- oder Fehlversorgung. Fraglich ist, ob sich im Rahmen eines QS-Verfahrens ermitteln lässt, inwieweit dies jeweils mit einem Qualitätsproblem des betreffenden Psychotherapeuten zusammenhängt. Die Indikation für eine Richtlinienpsychotherapie ist, wie auch die Therapie, hoch individualisiert. Zwar existieren Messinstrumente, die helfen können, z.B. die Schwere einer Erkrankung anzuzeigen, aber anders als bei der Indikation z.B. zu einer Transplantation gibt es keine fest definierten, anerkannten quantitativen Parameter (z.B. Blutwerte, Krankheitsindizes), nach denen eine Indikation gestellt werden kann. Über psychometrische Messinstrumente können zwar quantitative Parameter erhoben werden, wie z.B. der Grad der Beeinträchtigung durch eine Erkrankung. Diese Parameter können eine Indikationsstellung unterstützen, sie müssen aber immer in der Gesamtschau aller Faktoren, die bei der Indikationsstellung eine Rolle spielen, einschließlich individueller Lebensumstände und Therapiefähigkeit, berücksichtigt werden. Die Indikationsstellung zur Psychotherapie ist daher vorwiegend ein qualitativer Prozess, der sich einer retrospektiven Bewertung des individuellen Falles mit quantitativen Indikatoren entzieht.

Es sind zahlreiche Gründe denkbar, warum sich an probatorische Sitzungen keine Psychotherapie beim selben Therapeuten anschließt. Unter anderem könnte im Rahmen der Sitzungen festgestellt worden sein, dass keine Indikation zur Psychotherapie besteht. Möglich wäre auch, dass der Therapeut zwar die Indikation zur Psychotherapie stellt, aber die Psychotherapie für diesen Patienten in seiner Praxis nicht durchführen kann, z.B. weil er die angezeigten Verfahren oder Techniken nicht beherrscht, oder keine Kapazitäten hat. Möglich wäre außerdem, dass der Aufbau einer tragfähigen Patient-Therapeut-Beziehung als kritisch eingeschätzt wird und/oder dass der Patient das Angebot einer Therapie nicht annehmen möchte. Theoretisch könnten diese Informationen erhoben werden, indem der Therapeut für alle Patienten, die probatorische Sitzungen bei ihm in Anspruch genommen und keine Therapie begonnen haben, die Gründe für die Nicht-Aufnahme einer Psychotherapie dokumentiert. Fraglich bleibt jedoch, ob sich daraus Qualitätsinformationen ableiten lassen. Zudem könnte ein Fehlanreiz dahingehend gesetzt werden, dass bei Patienten, die um probatorische Sitzungen bitten, bei denen jedoch die Wahrscheinlichkeit besteht, dass keine Therapie bei diesem Therapeuten erfolgen wird, dann künftig keine probatorischen Sitzungen durchzuführen, um so die Dokumentationspflicht zu umgehen.

Vor diesem Hintergrund

- der fehlenden Evidenz aus der Versorgungsforschung für ein mögliches Qualitätsdefizit,
- der fehlenden Vorgaben zur Allokation von Therapieplätzen sowie
- unzureichender Quantifizierbarkeit der Indikationsentscheidung, die sich zugleich aufgrund der hohen Individualität einer Standardisierung entzieht,

erscheint es nicht sinnvoll, die allgemeine Indikationsstellung zur Psychotherapie zum Gegenstand eines gesetzlichen QS-Verfahrens zu machen.

Differenzielle Indikationsstellung

Bei der allgemeinen Indikationsstellung wird festgestellt, ob eine Psychotherapie grundsätzlich angezeigt ist. Bei der differenziellen Indikationsstellung erfolgt die begründete Entscheidung für eine bestimmte Therapieform.

Mit dem Ziel, dass der Nutzen der Therapie für den Patienten möglichst groß ist, gibt der Therapeut auf Grundlage der Diagnostik eine Empfehlung, welche Therapie und wie diese (z.B. in welchem Setting) erfolgen soll.

Ist eine Psychotherapie indiziert, so empfehlen die meisten Leitlinien die kognitive Verhaltenstherapie (Bandelow et al. 2014; DGKJP 2013; DGPPN 2013; NICE 2013; SIGN 2013; DGBS et al. 2012; DGPPN 2012; DGPM et al. 2010; SIGN 2010). Psychodynamische Psychotherapien werden in wenigen Leitlinien (Bandelow et

al. 2014; DGKJP 2013; NICE 2013; SIGN 2010) bzw. in den Leitlinien zu Angststörungen und Depression nur nachrangig empfohlen; etwa, wenn keine Kognitive Verhaltenstherapie möglich oder erwünscht ist oder bei Patienten, bei denen eine frühere Kognitive Verhaltenstherapie keinen Effekt hatte (Bandelow et al. 2014; DGKJP 2013; NICE 2013; SIGN 2010).

Eigene empirische Analysen haben ergeben, dass Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie unabhängig vom Störungsbild etwa zu gleichen Teilen stattfindet (siehe Abbildung 8). Dies legt die Vermutung nahe, dass Therapien nicht nach entsprechender Indikation, sondern nach Angebot durchgeführt werden. Einige der befragten Experten unterstützten diese Annahme, während ein Experte dieser Einschätzung widersprach und dabei anmerkte, dass die Indikationsstellung kaum überprüfbar sei.

Inwieweit Patienten tatsächlich in Bezug auf das gewählte Therapieverfahren fehlbehandelt werden, ist angesichts nicht vorhandener Studien hierzu unklar. Alle Richtlinienvorgaben bieten Behandlungskonzepte für die meisten psychischen Erkrankungen an. Welches Verfahren wann indiziert ist, ist im hohen Maße auch von patientenbedingten und individuellen Kontextfaktoren abhängig wie Präferenzen, Therapievorerfahrungen, Komorbiditäten und Therapiezielen.

Die Indikationsstellung ist somit zwar mutmaßlich ein Qualitätspotenzial, aber ungeeignet, um in einem Qualitätssicherungsverfahren gemessen zu werden.

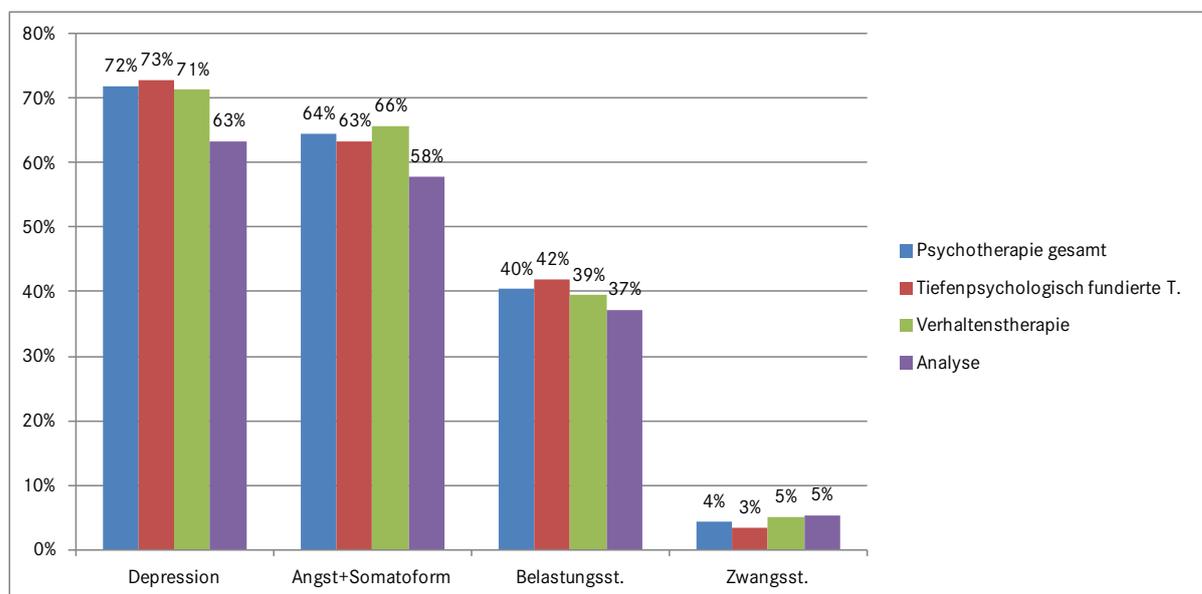


Abbildung 8: Verteilung der Psychotherapiepatienten dargestellt nach den häufigsten Diagnosegruppen und Therapieverfahren. Eigene Berechnungen, Krankenkassendaten 2009–2011, alle Altersgruppen

Aufklärung und Partizipative Entscheidungsfindung

Über die nach §630e BGB gesetzlich verankerte Aufklärungspflicht hinaus finden sich in allen deutschen Leitlinien, die sich auf die Behandlung psychischer Erkrankungen beziehen, spezifische Empfehlungen zur Aufklärung des Patienten und Empfehlungen zur Partizipativen Entscheidungsfindung von Behandler und Patient, sowie ggf. Bezugspersonen (Bandelow et al. 2014; DGKJP 2013; DGPPN 2013; DGBS et al. 2012; DGPPN 2012; DKPM 2012; DeGPT et al. 2011; DGPM et al. 2010; DGPPN 2005). Es wird davon ausgegangen, dass die Aufklärung und die Mitwirkung des Patienten bei der Entscheidungsfindung zu einem besseren Krankheitsverständnis und realistischeren Erwartungen über den Erkrankungsverlauf, zu verbesserter Therapieadhärenz und Kooperation des Patienten, und letztlich auch zu einem besseren Behandlungsergebnis führen (Bandelow et al. 2014; DGPPN 2012; Härter et al. 2005; Scheibler et al. 2003).

Der Patient soll ausführlich über Diagnose, Symptomatik, Verlauf der Erkrankung und Krankheitskonzepte, sowie über die verschiedenen möglichen Behandlungsstrategien und -konzepte informiert werden. Des Weiteren

ren sollen Wirkeintritt, Nachhaltigkeit sowie unerwünschte Wirkungen und Risiken thematisiert werden (Bandelow et al. 2014; DGBS et al. 2012; DGPPN 2012; DGPPN 2005). Auf Basis dieser Information sollen im Rahmen einer Partizipativen Entscheidungsfindung von Patient und Therapeut sämtliche Behandlungsalternativen gemeinsam und unter Berücksichtigung der Präferenzen des informierten Patienten erörtert werden (Scheibler et al. 2003).

Die meisten deutschsprachigen Leitlinien sprechen starke Empfehlungen bzgl. der Aufklärung und der Partizipativen Entscheidungsfindung aus, trotz eher schwacher Evidenz (Bandelow et al. 2014; DGPPN 2013; DGBS et al. 2012; DGPPN 2012; DKPM 2012; DeGPT et al. 2011; DGPM et al. 2010). Auch in den Expertengesprächen wurde auf die zentrale Bedeutung von Aufklärung und Partizipativer Entscheidungsfindung hingewiesen. Qualitätsprobleme wurden dahingehend vermutet, dass Patienten nicht immer über die Möglichkeiten verschiedener Therapieverfahren aufgeklärt werden, sondern häufiger ohne Hinweis auf eine Entscheidungsmöglichkeit mit dem Therapieverfahren behandelt werden, das dem aufgesuchten Therapeuten vertraut ist. Außerdem erfolge die Aufklärung und Entscheidungsfindung hinsichtlich begleitender oder alternativer medikamentöser Therapien zu selten.

2 – Verlauf der Therapie

In die Phase des Verlaufs der Therapie fallen die Qualitätspotenziale:

- Erarbeitung individueller Therapieziele
- Einbezug von Bezugspersonen
- Dauer und Frequenz der Therapie
- Therapiebegleitende Diagnostik
- Therapeutische Beziehung
- Kooperation

Erarbeitung individueller Therapieziele

Ein zentrales Element in einer Psychotherapie ist das Erarbeiten von Therapiezielen. Es bildet die Basis für die Inhalte der Psychotherapie und ist die Referenz zum Überprüfen des Therapieerfolges. Auf Grundlage einiger empirischer Befunde wird angenommen, dass die Formulierung von Therapiezielen durch Patient und Therapeut zu einer Verbesserung des Therapieergebnisses führen kann, da auf diese Weise die Problemlage des Patienten konkretisiert wird und somit spezifische Bewältigungsstrategien entwickelt und angewendet werden können (Watzke et al. 2014; Schöttke et al. 2011; Tryon et al. 2011; Michalak et al. 2007; Goldman et al. 2003). Zudem trage das Aushandeln gemeinsamer Therapieziele dazu bei, eine konstruktive therapeutische Beziehung aufzubauen (Watzke et al. 2014; Tryon et al. 2011; Michalak et al. 2007; Hasler et al. 2002).

In den neueren deutschen Leitlinien sind explizite Empfehlungen formuliert, nach denen Therapieziele gemeinsam mit dem Patienten und ggf. Bezugspersonen zu erarbeiten bzw. festzulegen sind. Die Erreichung der Ziele sollte im Therapieverlauf regelmäßig beobachtet bzw. eingeschätzt werden (DGKJP 2013; DGBS et al. 2012; DKPM 2012).

Nach Einschätzung der interviewten Experten sollten die subjektive Sicht und die individuelle Situation des Patienten entscheidende Kriterien für die zu definierenden Therapieziele sein. Das gemeinsame Setzen von realistischen Zielen oder Meilensteinen, ein regelmäßiges Überprüfen ihrer Erreichbarkeit bzw. ihres Erreichens und eine Anpassung der Ziele bei Bedarf würden eine gute Psychotherapie auszeichnen und seien bedeutsam für die Therapieadhärenz des Patienten. Es wurden Vermutungen geäußert, dass ein solches Vorgehen in der Praxis zu selten erfolge.

Einbezug von Bezugspersonen

Bei der Psychotherapie von Kindern ist es unerlässlich, Bezugspersonen in die Diagnostik, die Partizipative Entscheidungsfindung und die Therapieplanung einzubeziehen. Die Leitlinie zur Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen empfiehlt, mögliche Behandlungsstrategien unter Einbezug der Bezugspersonen zu erörtern und die Therapieziele mit ihnen abzustimmen. Auch die Einschätzung des Behand-

lungserfolgs sollte unter Einbezug der Bezugspersonen erfolgen. Zudem wird eine regelhafte intensive Einbeziehung der Bezugspersonen auch in Therapiesitzungen für notwendig und sinnvoll erachtet (DGKJP 2013).

Aus der Zusammenschau der Leitlinienempfehlungen zu psychischen Erkrankungen bei Erwachsenen wird deutlich, dass über einen möglichen Einbezug von Bezugspersonen und die Art des Einbezugs abhängig vom Erkrankungsbild, dem individuellen Fall und dem Einverständnis des Patienten entschieden wird. So wird beispielsweise für Patienten mit Bipolaren Störungen und für Schizophrenie-Patienten der Zusammenarbeit mit Bezugspersonen hoher Stellenwert beigemessen (DGBS et al. 2012; DGPPN 2005). Auch bei der Behandlung von Angst- oder Zwangsstörungen kann es in bestimmten Fällen angezeigt sein, Bezugspersonen – im Einvernehmen mit dem Patienten – in die therapeutischen Prozesse einzubinden (Bandelow et al. 2014; DGPPN 2013).

In den Expertengesprächen wurde bestätigt, dass der Einbezug von Angehörigen eine qualitätsfördernde Ressource sein kann. Es wurde betont, dass der Einbezug von Angehörigen bei Kindern und Jugendlichen essenziell sei und sich die Psychotherapie für Erwachsene in diesem Punkt deutlich von der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche unterscheidet. Abhängig von Patient und Krankheitsbild wurde der Einbezug von Bezugspersonen in Form von Familiengesprächen als sinnvoll eingeschätzt. Von den Experten wurde vermutet, dass Paar- bzw. Familientherapien weniger eingesetzt werden als sie benötigt werden. Dabei wurde zu bedenken gegeben, dass bei einem fehlenden Einbezug von Angehörigen zu klären sei, ob es dem Patienten tatsächlich nicht angeboten wurde oder ob ein Einbezug vom Patienten nicht gewünscht wurde.

Auf Grundlage der vorhandenen Leitlinienempfehlungen und der Hinweise der Experten lässt sich für die Psychotherapie von Kindern eindeutig das Qualitätspotenzial ableiten, dass Bezugspersonen in die Therapie einbezogen werden sollen. Da ein möglicherweise indizierter Einbezug von Bezugspersonen bei der Psychotherapie von Erwachsenen und Jugendlichen stark individuell ist, kann für diese Subgruppen ein Qualitätspotenzial formuliert werden, das sich lediglich darauf bezieht, inwieweit ein möglicher Einbezug Angehöriger mit dem Patienten thematisiert wurde.

Dauer und Frequenz der Therapie

Mit Ausnahme jeweils einer Empfehlung in der Leitlinie zu Schizophrenie⁷ (DGPPN 2005) und der Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Essstörungen⁸ (DGPM et al. 2010) finden sich in den vorliegenden deutschen Leitlinien keine Empfehlungen zur Dauer einer Psychotherapie oder zur Frequenz therapeutischer Sitzungen. Verschiedentlich wird darauf hingewiesen, dass bisher zu wenig Evidenz vorliegt, auf deren Grundlage konkrete Vorgaben gemacht werden könnten (Bandelow et al. 2014; Watkins et al. 2011). Auch in den Expertengesprächen wurde betont, dass keine ausreichende Evidenz für die zeitliche Länge einer Psychotherapie oder die Frequenz von Psychotherapiesitzungen vorliegt. Stattdessen müssten Dauer und Frequenz einer Therapie individuell gestaltet und den Bedürfnissen und der Situation des Patienten (z.B. Lebensumstände, Belastbarkeit, berufliche Umstände) angepasst werden. Es wurde betont, dass Situation und Bedürfnisse des Patienten sich im Therapieverlauf verändern können und Dauer und Frequenz dementsprechend angepasst werden sollten. Auch verschiedene Leitlinien heben ein individuelles Abstimmen hervor (Bandelow et al. 2014; DGPPN 2013; DGBS et al. 2012).

Die Experten vermuteten, dass Dauer und Frequenz von Psychotherapien zu häufig standardisiert festgelegt und zu selten an individuelle, patientenorientierte Gesichtspunkte angepasst werden. Des Weiteren wurde vermutet, dass das genehmigte Stundenkontingent häufig ausgeschöpft werde, unabhängig davon, ob ein gutes Therapieergebnis bereits vorher erreicht wurde. Diese Annahmen können auf Basis von Abrechnungsdaten nicht direkt bestätigt werden: Auswertungen von KV-Daten zeigen, dass über 60 % der Kurzzeittherapien kürzer dauern als das beantragte Stundenkontingent (Multmeier et al. 2014). Diese Berechnungen konnten durch eigene Auswertungen mit Abrechnungsdaten einer Krankenkasse bestätigt werden. Ein möglicher Einfluss der

⁷ Die Empfehlung bezieht sich auf kognitive Verhaltenstherapie zur Reduktion persistierender Positiv-Symptomatik und lautet: „Kognitive verhaltenstherapeutische Sitzungen sollten über einen Zeitraum von mindestens 9 Monaten in mindestens 12 Sitzungen anhand eines anerkannten Manuals mit Fokus auf belastende Hauptsymptome durchgeführt werden.“

⁸ Die Empfehlung bezieht sich auf Patienten mit Bulimia nervosa und lautet: „Auch in unkomplizierten Fällen von BN sollte die Therapiedauer mindestens 25 Sitzungen betragen mit einer Frequenz von mindestens einer Therapiestunde pro Woche.“

bewilligten Stundenkontingente auf die Anzahl durchgeführter Therapiesitzungen kann dadurch allerdings nicht ausgeschlossen werden.

Es lässt sich zusammenfassen, dass die Dauer und Frequenz der Therapie aufgrund des Fehlens von hinreichender Evidenz und aufgrund des individuellen Charakters der Therapien kein messbarer Parameter für ein Qualitätssicherungsverfahren ist.

Therapiebegleitende Diagnostik

Sinn einer therapiebegleitenden Diagnostik, die eine Verlaufs- und eine Prozessdiagnostik beinhaltet, ist es, eventuelle problematische Entwicklungen früh zu erkennen, um die Behandlung ggf. anpassen zu können (Hautzinger 2011; Flückiger et al. 2010; Laireiter 2003; Laireiter 2000). Dabei misst die Verlaufsdiagnostik die Entwicklung der individuellen therapeutischen Ziel- und Problembereiche wie z.B. Symptomatik, Verhalten oder soziales Funktionieren. Die Prozessdiagnostik misst Variablen, die den therapeutischen Prozess charakterisieren, wie beispielsweise die therapeutische Beziehung (Laireiter 2003; Laireiter 2000).

Es hat sich gezeigt, dass systematische Verlaufsmessungen mit Feedback an den Therapeuten den Therapieerfolg günstig beeinflussen (Shimokawa et al. 2010). Relevant sind dabei insbesondere Verlaufsmessungen und Feedback in der frühen Phase der Therapie (Lutz et al. 2013; Stulz et al. 2007). Auch in Leitlinien wird die Bedeutung einer therapiebegleitenden Diagnostik betont (Bandelow et al. 2014; DGKJP 2013; DGPPN 2013; DGBS et al. 2012; DGPPN 2012; DeGPT et al. 2011; DGPM et al. 2010). Neben der Überprüfung der Wirksamkeit der Therapie sollte in der therapiebegleitenden Diagnostik auch auf – möglicherweise erst im Therapieverlauf auftretende – psychische oder somatische Komorbiditäten oder Suizidalität geachtet werden (Bandelow et al. 2014; DGPPN 2013; DGBS et al. 2012; DGPPN 2012; DGPPN 2005). Leitlinien aus Großbritannien empfehlen, standardisierte und validierte Messinstrumente zu nutzen und den Patienten bei der Evaluation der Therapiefortschritte einzubeziehen (NICE 2013; NICE 2011; NICE 2009). Auch deutsche Leitlinien empfehlen, validierte Fremd- oder Selbstbeurteilungsskalen für die Evaluation der Therapiewirksamkeit und den Verlauf der Symptomatik zu verwenden (Bandelow et al. 2014; DGPPN 2013; DGBS et al. 2012; DGPPN 2012).

Die befragten Experten bewerteten das Durchführen einer therapiebegleitenden Diagnostik als wichtiges Qualitätsmerkmal in der Psychotherapie. Wesentlich sei, dass dabei die subjektive Wahrnehmung des Patienten berücksichtigt werde und standardisierte und validierte Messinstrumente zu Hilfe genommen würden. Vor allem am Anfang der Therapie sollten diese in eher kurzen Zeitabständen eingesetzt werden. Die Experten vermuteten, dass Messinstrumente von vielen Therapeuten gar nicht oder zu selten eingesetzt würden. Es wurde darauf hingewiesen, dass der Einsatz psychometrischer Tests von Verhaltenstherapeuten vermutlich eher akzeptiert werde als von psychodynamisch orientierten Therapeuten. Nicht jeder Psychotherapeut würde zustimmen, dass die Anwendung psychometrischer Tests ein Qualitätsmerkmal sei. Unter Berücksichtigung der Forschungslage sei der Einsatz psychometrischer Tests allerdings sinnvoll und in anderen Ländern wie den Niederlanden, Großbritannien, USA oder Australien fest etabliert.

Eigene Auswertungen der Routinedaten haben ergeben, dass bei 96 % der Patienten mit mindestens zehn Therapiestunden in Kurzzeittherapie (ohne probatorische Sitzungen) keine Durchführung psychometrischer Tests in den ersten 10 Therapiestunden abgerechnet wurde. Vor dem Hintergrund der Bedeutung, die einer therapiebegleitenden Diagnostik zu Beginn der Therapie beigemessen wird (Lutz et al. 2013; Stulz et al. 2007), kann hier ein erhebliches Qualitätsdefizit vermutet werden.

Therapeutische Beziehung

Die Qualität der therapeutischen Beziehung gilt als gut untersuchtes und entscheidendes Prozessmerkmal für den Erfolg einer Psychotherapie (Hentschel 2005; Orlinsky et al. 2004; Horvath et al. 2002; Norcross 2002; Safran et al. 2000; Lambert et al. 1994; Schaap et al. 1993; Horvath et al. 1991). Meta-Analysen weisen einen signifikanten Effekt der therapeutischen Beziehung auf das Therapieergebnis nach. Dieser Effekt ist unabhängig vom angewandten Therapieverfahren (Horvath et al. 2011; Beutler et al. 2004; Horvath et al. 2002; Churchill et al. 2001; Martin et al. 2000; Horvath et al. 1993; Horvath et al. 1991). Die therapeutische Beziehung ist somit einer der wichtigsten allgemeinen Wirkfaktoren in der Psychotherapie, dessen Bedeutung für den Behandlungserfolg auch in verschiedenen deutschen S3-Leitlinien hervorgehoben wird (Bandelow et al.

2014; DGBS et al. 2012; DGPPN 2012). Auch die im Rahmen der Konzeptskizze befragten Experten nannten die therapeutische Beziehung als einen entscheidenden Wirkfaktor für den Therapieerfolg.

Für die Definition der therapeutischen Beziehung (Bordin 1979) existiert eine Reihe unterschiedlicher Konstrukte. Als gemeinsame Komponenten beinhalten diese die durch Vertrauen geprägte emotionale Verbindung zwischen Patient und Therapeut sowie die Verständigung und Übereinstimmung über die Therapieziele und die zu bewältigenden Aufgaben (Martin et al. 2000).

Forschungsergebnisse lassen darauf schließen, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung und der Behandlungserfolg unter anderem auf individuelle Unterschiede zwischen den Therapeuten zurückzuführen ist und dass die Persönlichkeitseigenschaften sowie die therapeutisch-technischen Fähigkeiten des Therapeuten entscheidende Einflussfaktoren sind (Chapman et al. 2009; Hersoug et al. 2009; Baldwin et al. 2007; Ackerman et al. 2003; Ackerman et al. 2001; Wampold 2001). Wesentliche weitere Einflussfaktoren sind jedoch auch bestimmte Charakteristika des Patienten wie z.B. Störungsbild, Persönlichkeitsstrukturen und Bindungsstil (Diener et al. 2011; Messer et al. 2010; Sharpless et al. 2010; Watson et al. 2010; Bender 2005).

Die therapeutische Beziehung lässt sich zwar über psychometrische Messinstrumente abbilden (Bassler 2003; Bassler et al. 1995). Aufgrund der teilweise sehr individuellen und vor allem schwer zu erhebenden Einflussfaktoren ist es jedoch fraglich, inwieweit die therapeutische Beziehung als Qualitätsaspekt gemessen werden kann oder geeignet ist, die Qualität psychotherapeutischer Leistungen zu unterscheiden. Auch in den Expertengesprächen wurde es kritisch gesehen, die therapeutische Beziehung als Qualitätsmerkmal für die Zwecke der vergleichenden externen Qualitätssicherung zu verwenden: Dies könne zu dem Fehlanreiz führen, sich als Therapeut überwiegend Patienten auszuwählen, für die der Aufbau einer guten Therapeut-Patienten-Beziehung als eher unproblematisch eingestuft wird.

Somit stellt die therapeutische Beziehung zwar ein Qualitätspotenzial dar, ist aber eher ungeeignet, um in einem Qualitätssicherungsverfahren verwendet zu werden.

Kooperation

In vielen Fällen bestehen Kooperationsanforderungen des Psychotherapeuten mit niedergelassenen Ärzten, stationären medizinischen Einrichtungen, nicht-ärztlichen Berufsgruppen (z.B. Physio- oder Ergotherapeuten) sowie komplementären Diensten wie sozialpsychiatrischen oder psychosozialen Institutionen (siehe Abschnitt 2.2.3). Aus den Ergebnissen der Expertengespräche sowie aus den Leitlinien lassen sich folgende Anforderungen an den Psychotherapeuten beschreiben:

- Für alle betrachteten Diagnosen können Absprachen des Psychotherapeuten mit dem mit-behandelnden Haus- oder Facharzt notwendig werden im Hinblick auf:
 - eine Behandlung somatischer Komorbiditäten,
 - die Einstellung und kontinuierlichen Beobachtung der Medikation,
 - Fragen der Arbeitsunfähigkeit,
 - Entscheidungen für oder gegen eine stationäre Behandlung.
- Für alle betrachteten Diagnosen sollten regelmäßige Rückmeldungen des Psychotherapeuten an den Hausarzt zu Verlauf und Erfolg der Therapie erfolgen.
- Im individuellen Fall können Absprachen mit nicht-ärztlichen Berufsgruppen oder sozialpsychiatrischen bzw. psychosozialen Institutionen erforderlich sein.
- Eine verbindliche persönliche Erreichbarkeit des Psychotherapeuten in einem adäquaten Zeitraum erleichtert die notwendigen Absprachen mit den anderen beteiligten Akteuren wesentlich.
- Förderlich sind eine Einbindung des Psychotherapeuten in (interdisziplinäre) Kooperations- und Netzwerkstrukturen und der Besuch von (interdisziplinär ausgerichteten) Fachkonferenzen, Weiterbildungen und Qualitätszirkeln.

In den Expertengesprächen wurde betont, dass die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen erweiterte Anforderungen an die Kooperation stelle, da im Vergleich zu Erwachsenen eine größere Zahl von Akteuren in die Therapie einbezogen werden müsse. Die notwendige Zusammenarbeit mit Institutionen außerhalb der Familie, z.B. mit der Schule, dem Jugendamt oder der Familienhilfe gestalte sich häufig als schwierig.

Im Rahmen einer im Jahr 2009 durchgeführten Befragung von Mitgliedern der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung zur Versorgungsrealität wurden als Maßnahmen zur Verbesserung der Kooperation der Psychotherapeuten mit den Haus- und Kinderärzten sowie Nervenärzten am häufigsten eine bessere Erreichbarkeit und die aktive Kontaktaufnahme genannt. Als weitere Verbesserungsmöglichkeiten wurden das Erstellen besserer Berichte bzw. Briefe und das Aufwenden von mehr Zeit für die Kooperation häufig genannt. Nur 35 von den über 900 an der Befragung teilnehmenden Psychotherapeuten sahen keinen Verbesserungsbedarf der Kooperation mit Haus- und Kinderärzten, 65 der befragten Therapeuten sahen keinen Verbesserungsbedarf der Kooperation mit Psychiatern/Nervenärzten (Walendzik et al. 2010).

Hinweise auf mögliche Probleme im Bereich der Kooperation mit nicht-medizinischen Berufsgruppen bzw. Institutionen liefert eine Befragung von 88 Nervenärzten, von denen 63 angaben, überwiegend psychotherapeutisch tätig zu sein (Ungewitter et al. 2013). Obwohl die Teilnehmer der Befragung äußerten, die interdisziplinäre Zusammenarbeit als besonders wichtig zu erachten, berichteten nur etwa ein Drittel der Befragten von telefonischen Kontakten mit sozialpsychiatrischen bzw. psychosozialen Einrichtungen, wobei diese Kontakte im Durchschnitt seltener als einmal im Quartal stattfanden. Je stärker psychotherapeutisch die Nervenärzte tätig waren, desto geringer waren ihre Kooperationskontakte (Ungewitter et al. 2013).

Die Experten wiesen darauf hin, dass die Absprachemöglichkeiten der Psychotherapeuten mit anderen Akteuren zum Teil durch die Schweigepflicht begrenzt seien. Ein Qualitätsmerkmal könne sein, dass mit dem Patienten über eine differenzierte Entbindung von der Schweigepflicht gesprochen werde.

3 – Therapieabschluss

In der Phase des Therapieabschlusses findet sich nur ein Qualitätspotenzial: Zugang nach Ende der Therapie.

Zugang nach Ende der Therapie

Mehrere Leitlinien empfehlen eine psychotherapeutische Nachbehandlung, z.B. in Form einer niederfrequenten Erhaltungs-Psychotherapie oder als Auffrischungssitzungen mit dem Ziel der Rezidivprophylaxe und der Aufrechterhaltung des Therapieergebnisses (DGKJP 2013; DGBS et al. 2012; DGPPN 2012; DGPM et al. 2010). Ein solches Vorgehen hat sich in kontrollierten Studien als effektiv erwiesen (DGPPN 2012; Vittengl et al. 2007).

In den Expertengesprächen wurde angemerkt, dass Patienten nicht immer ausreichend auf den Abschluss der Therapie vorbereitet würden. Insbesondere vor dem Hintergrund der Bedeutung der Patient-Therapeut-Beziehung als wesentlicher Wirkfaktor, sei es für viele Patienten problematisch, wenn der Therapeut nach Beendigung der Therapie als Ansprechpartner nicht mehr zur Verfügung stünde. Dies sei insbesondere bei rezidivierenden Krankheitsverläufen ein Problem. Auch bestünde zu selten die Möglichkeit einer niederfrequenten „Erhaltungstherapie“ nach Beenden der eigentlichen Psychotherapie.

2.3.2 Patientenrelevante Endpunkte (Ergebnisqualität)

Auf Grundlage der Ergebnisse aus der Themerschließung lassen sich folgende patientenrelevante Endpunkte identifizieren, die störungs- und therapieverfahrensübergreifende Ergebnismaße zur Beurteilung des Erfolgs einer Psychotherapie sein können und für ein QS-Verfahren geeignete Qualitätspotenziale darstellen:

- **Veränderung der Symptomatik** im Sinne einer Symptomlinderung bzw. -reduzierung,
- **Veränderung der Funktionalität** im Sinne einer Verbesserung der Funktionalität z.B. in Bereichen wie soziale Beziehungen, Arbeit oder Haushalt,
- **Veränderung der Lebensqualität** im Sinne einer Verbesserung,
- **Zielerreichung**, d.h. das Erreichen individuell gesetzter Ziele.

Die Bedeutung der „Zielerreichung“ als Erfolgsparameter einer Psychotherapie wurde in den Expertengesprächen besonders hervorgehoben. Die befragten Experten betonten, dass über Veränderungsskalen gemessene Ergebnisse immer im Zusammenhang mit dem Erreichen der individuell formulierten Ziele beurteilt werden sollen. Auch aus der Literatur geht hervor, dass für die Beurteilung des Erfolgs einer Therapie die Veränderungsskalen zu Symptomatik, Funktionalität und Lebensqualität nicht für sich allein bewertet werden sollen. Vielmehr sollen sie im Zusammenhang mit der Beurteilung des Erreichens von Therapiezielen gesehen werden (Gallas et al. 2008; Düscher 2003; Michalak et al. 2003). Patientenindividuelle Ziele können z.B. auch die Wiedererlangung der Erwerbs- bzw. Arbeitsfähigkeit oder die Reduktion von Substanz- und Medikamentengebrauch sein.

2.4 Verfügbare Datenquellen und Erhebungsinstrumente

Der Auftrag beinhaltet die Prüfung von verschiedenen potenziellen Datenquellen für ein künftiges Qualitätssicherungsverfahren sowie eine Vorprüfung möglicher zu spezifizierender Erhebungsinstrumente auf ihre Eignung zur Abbildung von Qualitätspotenzialen. Dargestellt und überprüft wurden Datenerhebungen bei den Krankenkassen, den Leistungserbringern und den Patienten.

2.4.1 Datenerhebung bei den Krankenkassen

Die Möglichkeit der Nutzung der bei den Krankenkassen gespeicherten Sozialdaten für die Zwecke der Qualitätssicherung wurde mit dem am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz geschaffen. Nach §299 Abs. 1a SGB V sind die Krankenkassen befugt und verpflichtet, ggf. erforderliche Sozialdaten für die gesetzliche Qualitätssicherung bzw. die Durchführung von QS-Verfahren gemäß §137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V zur Verfügung zu stellen. Mittels der Sozialdaten können grundsätzlich patientenbezogene Daten erfasst werden.

Im vorliegenden Fall steht neben den Versichertenstammdaten der Datensatz gem. 295 SGB V (ambulante Abrechnungsdaten, kollektivvertraglich) als geeignete Datenquelle zur Verfügung. Selektivvertragliche Leistungen gem. §295a SGB V durften aus rechtlichen Gründen nicht auf ihre Geeignetheit geprüft werden. Für eine etwaige Einbeziehung in ein QS-Verfahren müssten die Krankenkassen sicherstellen, dass eine vollständige und den Details der kollektivvertraglichen Regelungen (Kodierungsbedingungen) entsprechende Dokumentation angelegt ist.

Ein relevanter Vorteil von Sozialdaten ist, dass ihre Nutzung keinen zusätzlichen Erhebungsaufwand beim Leistungserbringer verursacht. Darüber hinaus ermöglichen Sozialdaten durch den Patientenbezug die Betrachtung langer Zeiträume über die unterschiedlichen Sektoren und Leistungserbringer hinweg. Nachteilig bei der Nutzung von Sozialdaten sind die zeitliche Verzögerung von bis zu acht Monaten bis zur Lieferung an eine Auswertungsstelle der Qualitätssicherung sowie der grundsätzliche Ausschluss von Nicht-GKV-Versicherten aus der Betrachtung.

Allgemeine Voraussetzung der Nutzung von Sozialdaten ist, dass die interessierende Zielpopulation in den Sozialdaten präzise abgebildet ist, d.h. dass zum Beispiel jede erbrachte Psychotherapie für einen Patienten regelmäßig, einheitlich und mit einer eindeutigen Abrechnungsziffer sowie mit klarem zeitlichen Bezug zur Leistung dokumentiert wird.

2.4.2 Datenerhebungen beim Leistungserbringer

Eine weitere Datenquelle für QS-Daten ist der Leistungserbringer. Datenerhebungen bei Leistungserbringern können fall- oder einrichtungsbezogen erfolgen.

Eine fallbezogene QS-Dokumentation eignet sich zur Abbildung vor allem solcher Qualitätspotenziale, für die Informationen über Prozesse und Ergebnisse erforderlich sind, die einen fallbezogenen Leistungsbezug haben und direkt beim Leistungserbringer vorliegen.

Eine einrichtungsbezogene Datenerhebung kann überall dort in Betracht gezogen werden, wo die Voraussetzungen für eine fallbezogene Dokumentation nicht gegeben sind oder in der die Aufwand-Nutzen-Relation ungünstig erscheint. Durch eine Selbstauskunft der Einrichtungen werden aggregierte, auf einen bestimmten

Zeitraum bezogene Informationen erhoben. Sämtliche Daten sind periodisch bzw. einmalig (z.B. jährlich oder quartalsweise) zu erheben.

Vorteile der Datenerhebung beim Leistungserbringer sind die vergleichsweise schnelle Verfügbarkeit von QS-Daten sowie der Einbezug aller Patienten. Nachteile der QS-Dokumentation sind der zusätzliche Dokumentationsaufwand für den Leistungserbringer (wobei die fallbezogene QS-Dokumentation erheblich mehr Aufwand verursacht als die einrichtungsbezogene) sowie der fehlende Einbezug der Patientenperspektive.

2.4.3 Datenerhebungen bei Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen

Datenerhebungen bei Patienten, Angehörigen oder Bezugspersonen ermöglichen das Erfassen von subjektiven Qualitätsinformationen bzw. von Informationen, die sich einer Erhebung durch Sozialdaten oder der QS-Dokumentation entziehen. Bei der Orientierung an Qualitätspotenzialen ist der Fokus auf die Patientenperspektive insbesondere dann zu legen, wenn patientenrelevante Endpunkte nicht unbedingt kongruent mit einem medizinisch gesetzten Behandlungserfolg sind.

Es lässt sich festhalten, dass sich zahlreiche Prozess- und Ergebnisparameter (auch) aus Patientensicht erfassen lassen bzw. sogar erfasst werden sollten (vgl. Abschnitt 2.4.5), da sowohl Ziele als auch Prozesse der Behandlung außerordentlich individuell sind und daher der Patientenorientierung in der Psychotherapie ein besonders hoher Stellenwert beigemessen wird. Hinzu kommt, dass es kaum standardisierte therapeutische Prozesse gibt, sondern dass viele Aspekte der Qualität nur individuell beurteilt und deshalb am besten aus der Perspektive des Patienten beantwortet werden können. Dies gilt insbesondere für das zentrale Behandlungsziel des Erhalts bzw. der Verbesserung der subjektiven Lebensqualität, die ausschließlich beim Patienten erhoben werden kann.

Über die Prüfung der grundsätzlichen Geeignetheit der Datenquelle zur Erhebung von benötigten Qualitätsinformationen hinaus wurde recherchiert, ob bereits validierte Befragungsinstrumente entwickelt wurden, die ggf. im Rahmen einer Patientenbefragung eingesetzt werden könnten (siehe Abschnitt 2.1.5). Mit Blick auf die ermittelten Qualitätspotenziale konnten insbesondere Instrumente zur Messung der Ergebnisqualität gefunden werden (siehe Abschnitt 2.4.4).

2.4.4 Instrumente zur Erhebung von Prozess- und Ergebnisqualität

Im Folgenden wird eine Auswahl von validierten Messinstrumenten, die häufig auch in Forschungsstudien zur Messung von Therapieergebnissen eingesetzt werden und für die Adressierung der Qualitätspotenziale relevant erscheinen, dargestellt.⁹ Prinzipiell könnten diese Instrumente zur Erfassung der Ergebnisqualität im Rahmen einer Patientenbefragung oder im Rahmen einer Dokumentation beim Leistungserbringer genutzt werden (siehe Abschnitt 2.4.5). Dabei lassen sich Instrumente, die generisch, d.h. unabhängig von der Diagnose, eingesetzt werden könnten (Tabelle 7) und Instrumente, die diagnosespezifisch eingesetzt werden müssen (Tabelle 8) unterscheiden. Inwieweit die aufgeführten Instrumente im Einzelnen für die Nutzung im Rahmen eines gesetzlichen Qualitätssicherungsverfahrens geeignet sind, müsste in einer etwaigen Verfahrensentwicklung geprüft werden. Zu den Instrumenten ist jeweils aufgeführt, ob sie auf Fremd- bzw. Selbstauskunft basieren und ob sie frei nutzbar sind oder kostenpflichtig lizenziert werden müssen. Es ist vorstellbar, dass Selbstauskünfte nicht nur mittels Patientenbefragung, sondern auch über den Therapeuten im Rahmen der QS-Dokumentation erhoben werden können. Fremdauskunftsverfahren können nur beim Leistungserbringer angewendet werden (siehe Abschnitt 2.4.5). Alle aufgeführten Instrumente sind auf Deutsch oder in einer deutschen Version verfügbar und validiert. Bei Instrumentenfamilien sind die einzelnen Instrumente nicht gesondert aufgeführt.

⁹ Eine umfassende Auflistung der im Rahmen der Themerschließung recherchierten Instrumente findet sich im Anhang VIII.

Tabelle 7: Generische, validierte Instrumente zur Erfassung der Ergebnisqualität, die in deutscher Sprache vorliegen

Abkürzung	Instrument	Selbst-/Fremdauskunft	frei/kostenpflichtig
Generisch/Ergebnis			
BFTB ¹⁰	Bonner Fragebogen für Therapie und Beratung	ja/nein	kostenpflichtig
BIT	Berner Inventar für Therapieziele	ja/nein	nicht bekannt
BSS	Beeinträchtigungsschwere-Score	nein/ja	kostenpflichtig
BSCL	Brief Symptom Checklist	ja/nein	kostenpflichtig
PHQ-D	Patient Health Questionnaire	ja/nein	frei
CBCL	Child Behavior Checklist	durch die Eltern/nein	kostenpflichtig
EB-45	Fragebogen zum Ergebnis von Psychotherapie	ja/nein	nicht bekannt
FLZ	Fragebogen zur Lebenszufriedenheit	ja/nein	kostenpflichtig
GHQ-12	General Health Questionnaire-12	ja/nein	kostenpflichtig
HEALTH-49	Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis	ja/nein	frei
HoNOS-D	Health of the Nation Outcome Scales – Deutsch	nein/ja	frei
IIP-D	Inventar Interpersonaler Probleme (Inventory of Interpersonal Problems)	ja/nein	kostenpflichtig
ISR-Skala	ICD-10-Symptom-Rating	ja/nein	frei
SCL-90-S	Symptom-Checklist-90®-Standard	ja/nein	kostenpflichtig
SF-36	Short-Form Health Survey	ja/nein	kostenpflichtig
STEP	Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzel-Psychotherapie	ja/ja	kostenpflichtig
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life	ja/nein	kostenpflichtig

Tabelle 8: Diagnosespezifische, validierte Instrumente zur Erfassung der Ergebnisqualität, die in deutscher Sprache vorliegen

Abkürzung	Instrument	Selbst-/Fremdauskunft	frei/kostenpflichtig
Krankheitsspezifisch/Ergebnis			
ADS	Allgemeine Depressionsskala	ja/nein	kostenpflichtig
BAI	Beck Angst-Inventar	ja/nein	kostenpflichtig
BDI-II	Beck-Depressions-Inventar	ja/nein	kostenpflichtig
CRS-D	Carroll Rating Scale for Depression	ja/nein	nicht bekannt
HZI	Hamburger Zwangsinventar	ja/nein	kostenpflichtig
IDS	Inventar Depressiver Symptome	ja/ja	frei
IVE	Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie bei 9- bis 14-jährigen Kindern	ja/nein	kostenpflichtig
SOMS	Das Screening für somatoforme Störungen	ja/nein	kostenpflichtig

¹⁰ Neben den Items zur Erfassung der Ergebnisqualität enthält der Fragebogen auch Items für die Erfassung der Prozessqualität.

Validierte, deutschsprachig zur Verfügung stehende Instrumente zur Erfassung der Prozessqualität, die im Rahmen eines möglichen QS-Verfahrens zur ambulanten Psychotherapie eingesetzt werden könnten, betreffen das Qualitätspotenzial „Aufklärung und Partizipative Entscheidungsfindung“. Die ermittelten Instrumente (Tabelle 9) sind nicht spezifisch für eine Anwendung in Bezug auf die Psychotherapie entwickelt worden, sondern können auch in anderen medizinischen Versorgungsbereichen eingesetzt werden. In einer Verfahrensentwicklung müssten die Instrumente ggf. spezifisch für die Psychotherapie angepasst werden.

Tabelle 9: Generische, validierte Patientenbefragungsinstrumente zur Erfassung der Prozessqualität, die in deutscher Sprache vorliegen

Abkürzung	Instrument	frei/kostenpflichtig
PEACS	Patients' Experiences Across Health Care Sectors	frei für den G-BA
PEF-FB-9	Fragebogen zur Partizipativen Entscheidungsfindung (revidierte 9-Item Fassung)	frei
PICS	Patient Involvement in Care Skalen	nicht bekannt

2.4.5 Grundsätzliche Abbildbarkeit der Qualitätspotenziale

Für die identifizierten Qualitätspotenziale erfolgte vor dem Hintergrund der zur Verfügung stehenden Datenquellen eine Einschätzung der grundsätzlichen Abbildbarkeit (Tabelle 10). Hierfür wurden auch die Ergebnisse der eigenen Berechnungen auf Basis von Routedaten herangezogen.

Tabelle 10: Grundsätzliche Abbildbarkeit der identifizierten Qualitätspotenziale

Qualitätspotenzial	Sozialdaten	QS-Doku: fallbezogen	QS-Doku: einrichtungs- bezogen	Patienten- befragung/ Befragung von Bezugspersonen
Qualitätsrelevante Prozesse (Prozessqualität)				
Eingangsdiagnostik	(+)	+	+	(+)
Aufklärung und Partizipative Entscheidungsfindung	-	(+)	(+)	+
Erarbeitung individueller Therapieziele	-	+	(+)	+
Einbezug von Bezugspersonen	+	+	(+)	+
Therapiebegleitende Diagnostik	(+)	+	+	(+)
Kooperation	-	+	+	(+)
Zugang nach Ende der Therapie	(+)	+	+	+
Patientenrelevante Endpunkte (Ergebnisqualität)				
Veränderung der Symptomatik	-	-*	-	(+)
Veränderung der Funktionalität	-	-*	-	(+)
Veränderung der Lebensqualität	-	-*	-	(+)
Zielerreichung	-	-*	-	(+)

Legende:

- + = Die zur Abbildung des Qualitätspotenzials benötigte Qualitätsinformation kann ohne erhebliche Einschränkung aus der Datenquelle mit einem entsprechend spezifizierten Instrument erhoben werden. Dabei kann es aber z.B. sein, dass eine Datenquelle allein nicht ausreicht, sondern die gewünschten Informationen erst im Zusammenspiel mit anderen Datenquellen erhoben werden können.

- (+) = Die zur Abbildung des Qualitätspotenzials benötigte Qualitätsinformation kann nur mit erheblichen Einschränkungen aus der Datenquelle erhoben werden. Darunter ist zu verstehen, dass eine Erhebung der gewünschten Informationen entweder nur eingeschränkt möglich ist (z.B. durch Ausschluss von Teilpopulationen) oder aber mit einem unverhältnismäßigen Erhebungsaufwand (z.B. sehr aufwendige Spezifizierung eines Instrumentes) verbunden ist.
- = Die zur Abbildung des Qualitätspotenzials benötigte Qualitätsinformation ist in der Datenquelle nicht verfügbar bzw. sie kann auch mit einem entsprechend spezifizierten Instrument nicht oder in nicht ausreichender Güte erhoben werden
- * = ist unter der Voraussetzung abbildbar, dass der G-BA Standards zum verpflichtenden Einsatz bestimmter Messinstrumente festgelegt

Prozessqualität

Von den in Abschnitt 2.3 beschriebenen 10 Qualitätspotenzialen zur Prozessqualität werden, wie oben erläutert, 7 als für ein QS-Verfahren geeignete Parameter eingeschätzt. Dies sind: Eingangsdiagnostik, Aufklärung und Partizipative Entscheidungsfindung, Erarbeitung individueller Therapieziele, Einbezug von Bezugspersonen, Therapiebegleitende Diagnostik, Kooperation, Zugang nach Ende der Therapie.

Diese Qualitätspotenziale lassen sich mit den verfügbaren Datenquellen in unterschiedlichem Ausmaß und mit z.T. verschiedenen Schwerpunktsetzungen abbilden. Im Folgenden wird erläutert, welche Parameter nach ersten Einschätzungen über die verfügbaren Datenquellen grundsätzlich abbildbar wären.

Eingangsdiagnostik

Über Sozialdaten bei den Krankenkassen könnte mittels spezifischer GOP zur Abrechnung der Durchführung eines psychodiagnostischen Testverfahrens ermittelt werden, ob diagnostische Messverfahren im Rahmen der Probatorik verwendet wurden. Hinweise auf den Umfang der Eingangsdiagnostik lassen sich daraus ablesen, wie viele probatorische Sitzungen vor Beginn der Psychotherapie stattfanden und ob eine vertiefte Exploration während der probatorischen Sitzungen abgerechnet wurde. Weitere Einzelheiten zur Eingangsdiagnostik lassen sich nicht abbilden.

Über eine fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer könnten Einzelheiten zur Eingangsdiagnostik erfragt werden, da diese i.d.R. aus den patientenbezogenen Aufzeichnungen des Therapeuten ersichtlich sind. Mittels einrichtungsbezogener QS-Dokumentation kann abgebildet werden, welche Methoden der Diagnostik ein Therapeut generell nutzt; beispielsweise ob und welche diagnostischen Messinstrumente eingesetzt werden. Zudem können weitere Einzelheiten, wie z.B. genereller zeitlicher und inhaltlicher Umfang von Diagnostik und Differentialdiagnostik erhoben werden.

Patienten oder Bezugspersonen könnten Angaben zu ihren Erfahrungen in der Eingangsdiagnostik machen, beispielsweise dazu, ob eine ausführliche Anamnese durchgeführt wurde. Weitergehende Details, beispielsweise, welche diagnostischen Verfahren angewandt wurden, könnten Patienten oder Bezugspersonen i.d.R. nicht beurteilen.

Aufklärung und Partizipative Entscheidungsfindung

In den Sozialdaten bei den Krankenkassen liegen keine Informationen zum Qualitätspotenzial Aufklärung und Partizipative Entscheidungsfindung vor.

Beim Leistungserbringer könnte mittels fallbezogener QS-Dokumentation für jeden Patienten erfasst werden, ob eine Partizipative Entscheidungsfindung stattgefunden hat. In einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation könnte erfragt werden, ob diese Prozesse grundsätzlich stattfinden und welche Materialien hierzu verwendet werden. Allerdings lässt sich mit keinem der beiden Erhebungsinstrumente die Perspektive des Patienten erfassen.

In einer Befragung könnten Patienten bzw. Bezugspersonen aus ihrer Perspektive berichten, ob und auf welche Weise sie durch den Therapeuten an der Entscheidungsfindung beteiligt wurden. Hierfür könnte man beispielsweise auf das Instrument „Patients' Experiences Across Health Care Sectors“ (Noest et al. 2014), das für die Psychotherapie modifiziert werden könnte, zurückgreifen.

Erarbeitung individueller Therapieziele

Zu diesem Qualitätspotenzial liegen in den Sozialdaten bei den Krankenkassen keine Informationen vor.

Ob und auf welche Weise individuelle Therapieziele erarbeitet und im Therapieprozess regelmäßig überprüft wurden, sollte in den patientenbezogenen Aufzeichnungen des Therapeuten ersichtlich sein und wäre deshalb über eine fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer zu erheben. Einrichtungsbezogen könnte erfragt werden, ob und welche Verfahren zur Erarbeitung von Therapiezielen grundsätzlich verwendet werden.

Patienten bzw. Bezugspersonen könnten aus ihrer Perspektive berichten, ob und auf welche Weise individuelle Therapieziele gemeinsam mit ihnen erarbeitet, im Therapieprozess regelmäßig überprüft und ggf. angeglichen wurden.

Einbezug von Bezugspersonen

Anhand der Sozialdaten bei den Krankenkassen könnten Therapiesitzungen, bei denen Bezugspersonen einbezogen wurden, anhand des Suffixes „B“ an der GOP erkannt werden.

Vom Leistungserbringer könnte über eine fallbezogene QS-Dokumentation erfragt werden, ob und auf welche Weise Bezugspersonen bei den einzelnen Therapien involviert waren; über eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation könnte erfasst werden, welche Möglichkeiten des Einbezugs von Bezugspersonen der Therapeut grundsätzlich vorsieht.

Bezugspersonen könnten dazu befragt werden, ob und wie häufig sie an Therapiesitzungen des Patienten teilgenommen haben und inwieweit sie darüber hinaus in bestimmte Prozesse involviert waren. Das gleiche könnte von Patienten erfragt werden. Diese könnten außerdem berichten, ob die Möglichkeiten des Einbezugs von Bezugspersonen mit ihnen erörtert wurden.

Therapiebegleitende Diagnostik

Über Sozialdaten bei den Krankenkassen könnte mittels spezifischer GOP zur Abrechnung der Durchführung eines psychodiagnostischen Testverfahrens ermittelt werden, ob und in welcher Therapiestunde diagnostische Messverfahren im Rahmen der Therapie verwendet wurden. Weitere Einzelheiten lassen sich nicht abbilden.

Da eine therapiebegleitende Diagnostik i.d.R. aus den patientenbezogenen Aufzeichnungen des Therapeuten hervorgeht, könnte dieses Qualitätspotenzial über eine fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer vollständig erfasst werden. Einrichtungsbezogen könnte erfragt werden, ob und welche diagnostischen Verfahren vom Therapeuten grundsätzlich angewendet werden.

Patienten oder Bezugspersonen könnten nur sehr eingeschränkt dazu Auskunft geben, ob eine therapiebegleitende Diagnostik stattfand.

Kooperation

Es existieren keine Abrechnungskodes, an denen das Kooperationsverhalten eines Therapeuten valide abzulesen wäre.

Über eine fallbezogene QS-Dokumentation könnte ermittelt werden, ob und wie häufig Absprachen mit anderen an der Behandlung eines Patienten beteiligten Akteuren erfolgten. Ebenso könnte erfasst werden, ob mit einem Patienten über eine mögliche Entbindung von der Schweigepflicht gesprochen wurde. Mittels einrichtungsbezogener QS-Dokumentation ist eine Reihe von Parametern zur Kooperation abzubilden: es könnte erfasst werden, ob ein Psychotherapeut in Kooperations- und Netzwerkstrukturen eingebunden ist, wie häufig Qualitätszirkel besucht werden oder ob der Therapeut zu verbindlichen Zeiten persönlich von anderen beteiligten Akteuren erreichbar ist.

Über eine Befragung von Patienten oder Bezugspersonen könnte erfasst werden, ob mit ihnen über eine mögliche Entbindung von der Schweigepflicht gesprochen wurden.

Zugang nach Ende der Therapie

Die Abrechnung einer GOP zum Psychotherapeutischen Gespräch nach Therapieende ist ein Kennzeichen dafür, dass ein Patient weiteren Kontakt zum Therapeuten hatte. Daran kann jedoch nicht abgelesen werden, ob der Patient über die Möglichkeit weiterer psychotherapeutischer Gespräche informiert wurde.

Mittels fallbezogener QS-Dokumentation könnte erfasst werden, ob ein Patient nach Therapieende weiterhin Kontakt mit dem Therapeuten hatte; einrichtungsbezogen könnte erhoben werden, ob ein Therapeut nach Therapieende seine Patienten grundsätzlich über die Möglichkeit psychotherapeutischer Gespräche informiert.

Patienten oder Bezugspersonen könnten berichten, ob ihnen nach Therapieende die Möglichkeit niedrigerfrequenter Gespräche angeboten wurde.

Ergebnisqualität

Im Folgenden werden die in Abschnitt 2.3.2 beschriebenen patientenrelevanten Endpunkte hinsichtlich ihrer Abbildbarkeit mit den für das QS-Verfahren potenziell verfügbaren Datenquellen diskutiert.

Vorab ist anzumerken, dass für alle beschriebenen Ergebnismaße ein etwaiger Leistungserbringervergleich nicht nur ausreichend große Fallzahlen pro Leistungserbringer, sondern auch eine umfassende Risikoadjustierung erfordern würde. In eine solche Risikoadjustierung müssten hier u.a. Variablen wie Störungsbild und Schwere der Störung, psychische und somatische Komorbiditäten, bisherige Erkrankungsdauer, medikamentöse Behandlung, Lebensereignisse und Lebenssituation des Patienten einfließen. Harfst et al. (2007) weisen darauf hin, dass darüber hinaus die Therapiemotivation und Selbstwirksamkeitserwartung relevante Faktoren sind. Über die einzelnen zur Verfügung stehenden Datenquellen wären diese für eine Risikoadjustierung notwendigen Informationen in teilweise nur sehr eingeschränktem Umfang und mit unterschiedlicher Validität abbildbar. Es wäre deshalb zielführend, wenn für eine Erfassung der Risikoadjustierungsvariablen die Sozialdaten, eine fallbezogene QS-Dokumentation sowie eine Patientenbefragung als Datenquellen zur Verfügung stünden.

Veränderung von Symptomatik, Funktionalität, Lebensqualität

Für die Messung der Symptomatik, der Funktionalität und der Lebensqualität existieren standardisierte, psychometrisch geprüfte und validierte Instrumente, mit denen Prä-Post-Effektstärkemaße über so genannte indirekte Veränderungsmessungen ermittelt werden können. In der Psychotherapieforschung gilt dies als methodischer Standard zur Messung des Therapieerfolgs (Lambert 2004). Die indirekte Veränderungsmessung misst die Ergebnisse zu zwei oder mehr Zeitpunkten. Das Ausmaß der Veränderung wird durch Differenzbildung der zu den jeweiligen Zeitpunkten ermittelten Werte gewonnen. Eine weniger aufwendige Möglichkeit als die indirekte Veränderungsmessung stellt die direkte Veränderungsmessung dar. Bei dieser Methode ist lediglich ein Messzeitpunkt erforderlich, da retrospektiv, d.h. nach Beendigung der Therapie das Ausmaß der Veränderung gegenüber dem Zeitpunkt vor der Therapie eingeschätzt wird (Stieglitz 1986; Bereiter 1963). Bei Anwendung der direkten Veränderungsmessung muss allerdings bedacht werden, dass es sich um die subjektiv erlebte Veränderung handelt. Eine objektive, vergleichende Beurteilung der Veränderung zwischen dem Zustand vor und dem Zustand nach der Therapie erfolgt nicht (Michalak et al. 2003). Hinzu kommt, dass für die direkte Veränderungsmessung in der Psychotherapie nur wenige psychometrisch geprüfte Instrumente existieren. Die direkte Veränderungsmessung scheint daher für ein mögliches QS-Verfahren zur Psychotherapie keine Alternative zur Veränderungsmessung mit mehreren Messzeitpunkten zu sein.

In einem möglichen QS-Verfahren müssten die Instrumente zur indirekten Veränderungsmessung zu mindestens zwei Zeitpunkten, d.h. mindestens vor bzw. zu Beginn und bei bzw. nach Beendigung der Therapie eingesetzt werden. Vor dem Hintergrund der langen Dauer ambulanter Psychotherapien sind darüber hinaus zusätzliche Messungen in regelmäßigen Therapieintervallen zu erwägen, aus denen Schlüsse zum Therapieverlauf gezogen werden können. Die Festlegung der Messzeitpunkte müsste im Rahmen einer Verfahrensentwicklung erfolgen. Denkbar sind z.B. Verlaufsmessungen orientiert an der Anzahl stattgefundener Therapiestunden, an dem Zeitabstand zum Therapiebeginn oder an bestimmten Phasen der Therapie.

Mit den zur Verfügung stehenden Fragebögen können indirekte Veränderungsmessungen mittels Selbstbeurteilungen durch den Patienten oder Fremdbeurteilungen durch den Therapeuten durchgeführt werden. Fragebö-

gen zur Selbstbeurteilung durch den Patienten sind beispielsweise die Symptom-Checklist-90 (SCL-90-R) (Franke 2002) oder der Patient Health Questionnaire (PHQ-D) (Löwe et al. 2002), die für die Messung der Symptomatik genutzt werden; das Inventar für Interpersonale Probleme (IIP-D) (Horowitz et al. 2000) zur Messung der Funktionalität; sowie die Skalen zur Erfassung der Lebensqualität (SEL-K) (Averbeck et al. 1997). Fremdbeurteilungen durch den Therapeuten sind möglich z.B. mit dem Global Assessment of Functioning Scale (GAF) (Endicott et al. 1976) oder dem Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) (Schepank 1995), jeweils für die Messung der Funktionalität; sowie dem Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36) (Bullinger et al. 1998), der zur Messung der Lebensqualität verwendet wird.

Eine valide Erfassung von Veränderungsmessungen in der Psychotherapie erfordert idealerweise, dass sowohl Einschätzungen des Patienten in Form einer Selbstbeurteilung als auch des Therapeuten in Form einer Fremdbeurteilung zugrunde gelegt werden (Watzke et al. 2014; Düscher 2003; Laireiter 2003). Die Erfassung von Veränderungsparametern könnte in einem möglichen QS-Verfahren grundsätzlich über eine fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer und/oder eine Patientenbefragung bzw. Befragung von Bezugspersonen erfolgen. Letztere ermöglichen jedoch ausschließlich die Erfassung einer Selbstbeurteilung durch den Patienten bzw. eine Beurteilung durch die Bezugsperson. Da die Fremdbeurteilung durch den Therapeuten über eine Patientenbefragung nicht erfasst werden kann, wird die Abbildbarkeit der Veränderungsmaße über eine Patientenbefragung bzw. eine Befragung von Bezugspersonen als eingeschränkt bewertet. Der Einsatz der diagnostischen Instrumente zu verschiedenen Messzeitpunkten ist bei einer Patientenbefragung mit besonderen Herausforderungen für die Umsetzbarkeit verbunden, die in Kapitel 4 dargestellt werden.

Über eine fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer könnten die Veränderungsparameter als Fremdbeurteilung aus Therapeutesicht, aber auch als Selbstbeurteilung aus Patientensicht prinzipiell erfasst werden. Die Erfassung der Selbstbeurteilung aus Patientensicht wäre möglich, indem der Patient die ihm vom Therapeuten ausgehändigten Instrumente ausfüllt und der Therapeut die Daten anschließend in die QS-Dokumentation überträgt. Die Abbildbarkeit der Veränderungsmaße über die fallbezogene QS-Dokumentation unterliegt folgenden Einschränkungen bzw. Bedingungen:

- Derzeit sind keine Standards etabliert, nach denen Psychotherapeuten entsprechende Messinstrumente regelhaft anwenden. Es kann also derzeit nicht davon ausgegangen werden, dass die notwendigen Informationen zur Abbildung der genannten Veränderungsmaße regelhaft und bei jedem Psychotherapeuten gleichermaßen vorliegen. Aus diesem Grund erfolgt die Einschätzung, dass die genannten Parameter über eine fallbezogene QS-Dokumentation derzeit nicht abbildbar sind (siehe Tabelle 10). Um die Ergebnisqualität über die fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer abbilden zu können, müsste – für alle dokumentationspflichtigen psychotherapeutischen Behandlungen – festgelegt sein, welche psychometrischen Instrumente unter welchen Umständen verwendet werden sollen. Dies könnte auf Ebene von Regelungen des G-BA erfolgen. Es ist zu empfehlen, bei der Festlegung standardmäßig zu verwendender Messinstrumente die Fachgesellschaften einzubeziehen.
Grundsätzlich sollte berücksichtigt werden, dass für den Einsatz bestimmter Instrumente eventuell Schulungen der Anwender erforderlich sind. Zudem könnte es sinnvoll sein, auf Erfahrungen aus anderen Gesundheitssystemen zurückzugreifen, in denen bereits Instrumente für routinemäßige Ergebnismessungen eingesetzt werden.
- Die Katamnese, also eine Erfassung des Behandlungserfolges in einem bestimmten zeitlichen Abstand nach Beendigung der Therapie wäre auch bei Vorliegen der oben genannten Voraussetzungen über eine fallbezogene QS-Dokumentation derzeit nicht abbildbar, da in der Psychotherapie-Richtlinie nicht festgelegt ist, dass jeder Patient zu einem definierten Zeitpunkt nach Therapieende einen Termin zur Nachbeobachtung beim Psychotherapeuten erhält.
- Eine zusätzliche Einschränkung besteht in der Tatsache, dass eine Erhebung der Ergebnisparameter zum Zeitpunkt des Therapieendes nicht in allen Fällen möglich sein wird. Es wird vorkommen, dass Patienten ohne rechtzeitige Absprache nicht mehr zur Therapie erscheinen, sodass eine Erhebung der Ergebnisparameter in der letzten erfolgten Therapiesitzung nicht mehr möglich ist. Im Modellvorhaben der Techniker Krankenkasse „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ (siehe Abschnitt 2.6) zeigte sich, dass aus unterschiedlichen Gründen für einen erheblichen Anteil der Patienten keine Abschlussdokumentation erfolgte (Wittmann et al. 2011).

- Unklar ist, inwieweit über die fallbezogene QS-Dokumentation tatsächlich valide und reliable Daten zu den diagnostischen Parametern zu erwarten wären. Auf mögliche Einschränkungen der Datenqualität durch eine Verwendung zum Zwecke der externen Qualitätssicherung wird beispielsweise im Zusammenhang mit den Anwendungsmöglichkeiten des Qualitätssicherungsinstruments Psy-BaDo (Heuft et al. 1998a; Heuft et al. 1998b) hingewiesen.
- Zu beachten ist des Weiteren, dass (analog zur Patientenbefragung) die Patienten nicht zu einem Ausfüllen der Messinstrumente verpflichtet werden können und es so zu fehlenden Werten in der QS-Dokumentation kommen kann.

Zielerreichung

Bei der Beurteilung des Erreichens von Therapiezielen wird am Ende der Therapie rückblickend eingeschätzt, inwieweit die zu Therapiebeginn vereinbarten Ziele erreicht wurden. Hierfür existieren verschiedene systematische Verfahren und Instrumente. Bei den Verfahren zur Ergebnismessung mittels individualisierter Therapiezieldefinition werden für jeden Patienten individuell formulierte Ziele zugrunde gelegt. Die Verfahren zur standardisierten Therapiezieldefinition arbeiten mit vordefinierten Therapiezielen, aus denen Patienten und Therapeuten diejenigen auswählen, die für die Behandlung relevant sind. Nach Therapieende werden diese hinsichtlich des Erreichungsgrades eingeschätzt (Watzke et al. 2014). Im Hinblick auf die Praktikabilität und die Gewährleistung eines Leistungserbringervergleichs sind die standardisierten Verfahren den individualisierten vorzuziehen. Mögliche Instrumente zur Erfassung der Therapieziele und ihres Erreichungsgrades sind unter anderem der Fragebogen zur Erfassung von Therapiezielen (Faller 2000), der Fragebogen zu persönlichen Therapiezielen (FRAPT) (Driessen et al. 2001), der Strukturierte Therapiezielkatalog (SKZ) (Steffanowski et al. 2004) und die Therapiezielcheckliste (BIT-C) (Grosse Holtforth 2001).

Folgende generelle Schwierigkeit der Messung von Zielerreichung muss bei einer eventuellen Indikatorentwicklung jedoch berücksichtigt werden: Die Festlegung auf konkrete Ziele zu Beginn der Therapie beinhaltet die Problematik, dass es im Verlauf der Behandlung zu Zielveränderungen kommen kann und eine Bezugnahme zu den Anfangszielen ggf. nicht mehr sinnvoll ist (Watzke et al. 2014; Düscher 2003).

Auch für die Erfassung der Zielerreichung sind mindestens zwei Messzeitpunkte erforderlich: ein Zeitpunkt zu Beginn bzw. in einer frühen Phase der Therapie, zu dem die Therapieziele erfasst werden und ein Zeitpunkt nach Beendigung der Therapie, zu dem der Grad der Therapiezielerreichung bestimmt wird.

Als Datenquellen für die Erfassung der Zielerreichung kommen (vorbehaltlich der Umsetzbarkeit) die fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer sowie eine Patientenbefragung bzw. Befragung von Bezugspersonen infrage, allerdings bestehen hierfür ebenfalls die für die Veränderungsmessungen zu Symptomatik, Funktionalität und Lebensqualität genannten Einschränkungen (siehe oben).

Diskussion weiterer Ergebnisparameter

Es gibt einige Parameter, an denen der Erfolg einer Psychotherapie unter Umständen festgemacht werden kann, die sich aus verschiedenen Gründen jedoch nicht für die Messung der Ergebnisqualität im Rahmen eines QS-Verfahrens eignen.

Arbeitsunfähigkeitstage

Arbeitsunfähigkeitstage wären nur über die Nutzung von Sozialdaten sinnvoll zu erheben. Eine Verminderung der Arbeitsunfähigkeitstage lässt sich unter den derzeitigen Voraussetzungen allerdings nicht ermitteln, da deren Erfassung in der Allgemeinen Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß §299 Abs. 1a SGB V zurzeit nicht vorgesehen ist. Selbst wenn diese Information verfügbar wäre, müsste bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden, dass eine nicht unerhebliche Zahl an Patienten (z.B. als arbeitssuchend gemeldete Personen oder Rentner) keiner Arbeitsunfähigkeitsklärung bedürfen.

Die Berücksichtigung von Arbeitsunfähigkeitstagen ist also sowohl aus Gründen der Datenverfügbarkeit, als auch aus den genannten inhaltlichen Gründen für ein QS-Verfahren nicht geeignet. Dennoch ist das Wiedererlangen oder der Erhalt der Arbeitsfähigkeit für viele Patienten ein wichtiges Behandlungsziel. Dieses könnte in

einem möglichen QS-Verfahren zumindest indirekt über die Qualitätspotenziale „Erarbeitung individueller Therapieziele“, „Veränderung der Funktionalität“ sowie „Zielerreichung“ adressiert werden.

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Parameter zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen mit einem möglichen Bezug zum Ergebnis einer Psychotherapie sind insbesondere der Gebrauch von Psychopharmaka sowie die Inanspruchnahme weiterer psychotherapeutischer Maßnahmen, beispielsweise als psychotherapeutische Folge-Therapien oder als weiterführende psychiatrische stationäre Behandlungen. Als Maße zur Qualitätsbeurteilung eines Psychotherapeuten sind diese Aspekte kritisch zu bewerten, da die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen von den vorhandenen regionalen Strukturen abhängig ist und zudem je nach individuellem Fall gegensätzliche Qualitätsziele bestehen können:

- Eine Reduktion des Gebrauchs von Psychopharmaka kann für manche Patienten ein sinnvolles Ziel der psychotherapeutischen Behandlung sein und in diesen Fällen als Zeichen guter Ergebnisqualität bewertet werden. Je nach Störungsbild und Schwere der Erkrankung kann es jedoch sinnvoll sein, eine Psychopharmakotherapie nach Beendigung der Psychotherapie als Erhaltungstherapie fortzuführen bzw. aufzunehmen. In diesen Fällen würde der (weitere) Gebrauch von Psychopharmaka nach Beendigung der Psychotherapie für eine gute Behandlungsqualität sprechen, da dies ein Zeichen dafür wäre, dass die betreffenden Patienten zur Compliance bei der Psychopharmakotherapie motiviert wurden. Sachgerechter wäre es deshalb, Aspekte zur Psychopharmakotherapie über das Erreichen individueller Therapieziele zu adressieren.
- Die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Folgetherapien oder psychiatrischer stationärer Behandlungen bedarf ebenfalls einer Berücksichtigung der individuellen Hintergründe des Patienten, seiner Krankengeschichte sowie der Schwere und der Art der Erkrankung. Eine mehrfache Inanspruchnahme psychotherapeutischer Maßnahmen kann für bestimmte Patientengruppen oder für den individuellen Patienten durchaus notwendig und zielführend sein und muss nicht im Zusammenhang mit der Qualität der betrachteten Psychotherapie stehen (Düsch 2003).

2.5 Beispielhafte Darstellung von Qualitätsindikatoren

Im Rahmen der Indikatorenrecherche wurden zahlreiche Indikatoren identifiziert, die einen Bezug zu ermittelten Qualitätspotenzialen aufweisen. In Tabelle 11 sind einige davon dargestellt.

Zur Eingangsdiagnostik konnten Indikatoren identifiziert werden, die messen, wie hoch der Anteil an Patienten ist, für die standardisierte Instrumente eingesetzt wurden. Außerdem wurden Indikatoren zur Differentialdiagnostik gefunden.

Des Weiteren wurden Indikatoren mit Bezug zu Aufklärung und Partizipativer Entscheidungsfindung identifiziert. Diese messen beispielsweise, ob Patienten über ihre Erkrankung, ihre Rechte sowie über Behandlungsoptionen aufgeklärt wurden oder ob Patienten das Gefühl hatten, eine Behandlung auch ablehnen zu können.

Mit einem identifizierten Indikator zum Einbezug von Bezugspersonen wird gemessen, inwieweit erwachsene Patienten über die Möglichkeit eines Einbezugs von Bezugspersonen aufgeklärt wurden. Ein weiterer Indikator erhebt die Teilnahme von Bezugspersonen an Therapiesitzungen bei Kindern.

Hinsichtlich der therapiebegleitenden Diagnostik existiert eine ganze Reihe von Indikatoren. Diese erfassen u.a., bei welchem Anteil an Patienten zu bestimmten Zeitpunkten und zum Teil mit standardisierten Erhebungsinstrumenten beispielsweise Symptome, Funktionalität oder Suizidalität erfasst wurden.

Ein identifizierter Indikator zur Kooperation misst, ob an der Behandlung beteiligte Leistungserbringer miteinander kommuniziert haben, ein anderer, wie häufig Patienten berichten, dass ein Leistungserbringer Behandlungen durch andere Leistungserbringer berücksichtigt.

Die identifizierten Ergebnisindikatoren messen beispielsweise, welcher Anteil an Patienten nach der Behandlung klinisch nicht mehr auffällig war oder inwieweit die Symptome innerhalb eines bestimmten Zeitraums zurückgegangen sind. Über Befragungen von Patienten wird u.a. deren Einschätzung gemessen, ob es ihnen

nach der Therapie besser geht, wie sehr ihnen mit der Therapie geholfen wurde oder in welchem Verhältnis zu ihren Erwartungen sich ihr psychischer Gesundheitszustand entwickelt hat.

Tabelle 11: Beispielhafte Darstellung von Qualitätsindikatoren mit Bezug zu ermittelten Qualitätspotenzialen

Eingangsdiagnostik
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adult depression in primary care: percentage of patients who are assessed for the presence and severity of mild to moderate, moderate to high, and dependent on substance use at the time of diagnosis or within six months of diagnosis for major depression or persistent depressive disorder using a tool (NQMC) ▪ Major Depressive Disorder (MDD): Percentage of patients whose severity of MDD was classified during the initial assessment period using a reasonable instrument (RAND) ▪ Post Traumatic Stress Disorder (PTSD): Assess PTSD symptoms with a standardized measure/instrument (RAND) ▪ SCHIZOPHRENIE, QI 12: Diagnostik/standardisierte Erfassung der Psychopathologie (DGPPN-Qualitätsindikatoren) ▪ Z: % der Patienten, bei denen eine sorgfältige Untersuchung möglicher komorbider psychischer Störungen dokumentiert ist; N: alle Patienten (S3-Leitlinie Bipolare Störungen) ▪ Z: % der Patienten, bei denen eine sorgfältige Prüfung des Vorliegens einer Bipolaren Störung dokumentiert wurde; N: Patienten mit Depression, bei denen mind. eine Risikofaktor vorlag (S3-Leitlinie Bipolare Störungen)
Aufklärung und Partizipative Entscheidungsfindung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Behavioral health care patients' experiences: percentage of adult patients who reported whether they were provided information about treatment options (NQMC) ▪ Behavioral health care patients' experiences: percentage of adult patients who reported whether they felt they could refuse a specific type of medicine or treatment (NQMC) ▪ DEPRESSION, QI 3: Therapie allgemein/Aufklärung (DGPPN-Qualitätsindikatoren) ▪ Mental health: the percentage of patients with schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychoses who have a comprehensive care plan documented in the record, in the preceding 12 months, agreed between individuals, their family and/or carers as appropriate (NQMC) ▪ Z: % der Patienten, bei denen dokumentiert wurde, dass sie krankheitsspezifische Informationen zur Erkrankung und zur Therapie erhalten haben; N: alle Patienten (S3-Leitlinie Bipolare Störungen) ▪ Behavioral health care patients' experiences: percentage of adult patients who reported whether they were given information about patient rights (NQMC) ▪ Z: Anzahl der Patienten, die über Symptomatik, Verlauf und Behandlung der Depression aufgeklärt wurden (Aufklärung dokumentiert); N: Alle Patienten mit einer unipolaren depressiven Erkrankung in Behandlung (S3 Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression)
Einbezug von Bezugspersonen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Behavioral health care patients' experiences: percentage of adult patients who reported whether someone talked to them about including family or friends in their counseling or treatment (NQMC) ▪ Family visits in child mental health care (CQAIMH)
Therapiebegleitende Diagnostik
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adult depression in primary care: percentage of patients whose symptoms are reassessed by the use of a quantitative symptom assessment tool (such as PHQ-9) at 12 months (+/- 30 days) after diagnosis or initiating treatment (NQMC) ▪ Adult depression in primary care: percentage of patients whose symptoms are reassessed by the use of a quantitative symptom assessment tool (such as PHQ-9) within three months of initiating treatment (NQMC) ▪ Child and Adolescent Major Depressive Disorder: Suicide Risk Assessment; CMS177v1 (CMS) ▪ Cross Cutting Indicator (All Modules): Reassess severity of symptoms between the beginning of the second month and the end of the fourth month (RAND)

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suicide (All Modules): Percentage of outpatient charts with endorsement of suicide ideation, suicide intent or suicide behavior that receive appropriate follow-up (RAND) ▪ Z: % der Patienten mit wiederholter Dokumentation des psychosozialen Funktionsvermögens im Verlauf; N: alle Patienten (S3-Leitlinie Bipolare Störungen) ▪ Z: % der Patienten mit wiederholter Dokumentation des psychosozialen Funktionsvermögens im Verlauf; N: alle Patienten (S3-Leitlinie Bipolare Störungen) ▪ Z: % der Patienten mit wiederholter sorgfältiger Dokumentation des psychische Befindens im Verlauf der Erkrankung mit Hilfe bewährter Fremdbeurteilungsskalen seitens des Behandlers als auch mit Hilfe eines vom Patienten täglich ausgefüllten Stimmungstagebuchs; N: alle Patienten (S3-Leitlinie Bipolare Störungen) ▪ Z: % der Patienten, bei denen eine sorgfältige Untersuchung möglicher komorbider somatischer Störungen zu Beginn und im Verlauf dokumentiert ist; N: alle Patienten (S3-Leitlinie Bipolare Störungen)
Kooperation
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adult depression in primary care: percentage of patients with major depression or persistent depressive disorder whose primary care records show documentation of any communication between the primary care clinician and the mental health care clinician (NQMC) ▪ Patients' experiences: percentage of adult patients who reported how often their provider paid attention to care from other providers (NQMC)
Ergebnisqualität
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adult depression in primary care: percentage of patients who commit suicide at any time while managed in primary care (NQMC) ▪ Behavioral health care patients' experiences: percentage of adult patients who rated how much improvement they perceived in themselves (NQMC) ▪ Behavioral health care patients' experiences: percentage of adult patients who reported how much they were helped by the counseling or treatment they received (NQMC) ▪ Depression: percent of clinically significant depression patients with a Patient Health Questionnaire (PHQ) score less than 5, 4 months or longer after their last New Episode PHQ (NQMC) ▪ The Medicare Health Outcomes Survey: percentage of members whose health status was "better than expected," "the same as expected" or "worse than expected" at the end of a two-year period (NQMC) ▪ The number of people who are moving to recovery as a proportion of those who have completed a course of psychological treatment; Library Reference Number/Identifier: MH12 (NHS – The Information Centre)

2.6 Qualitätsprojekte

Das Gutachterverfahren nach der Psychotherapie-Richtlinie als Qualitätssicherungsinstrument

Für den Antrag auf Psychotherapie muss der Therapeut grundsätzlich einen Bericht formulieren, der hinsichtlich der Voraussetzungen einer durchzuführenden Therapie im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie beurteilt wird. Nur wenn die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit, mithin die Indikation, vom Gutachter als gegeben bestätigt werden, darf die Therapie von der jeweiligen Krankenkasse bewilligt werden. Das Gutachterverfahren ist zudem eine vorgezogene Wirtschaftlichkeitsprüfung. Bei seiner Entwicklung war es nicht vordergründig als Instrument der Qualitätssicherung konzipiert (Düsch 2003).

Dennoch kann es als Instrument der externen Qualitätssicherung diskutiert werden (Fydrich 2004). Auch eine Minderheit der von uns befragten Experten schätzt das Gutachterverfahren hinsichtlich der Qualitätssicherung als grundsätzlich gut und sinnvoll ein, da zumindest ein Effekt auf die Prozessqualität vermutet wird. Begründet sieht man dies darin, dass der Therapeut umfassend über die Indikationsstellung, die Therapieplanung und Behandlungsziele reflektieren muss (siehe Anhang VI).

Überwiegend wird das Gutachterverfahren aber äußerst kritisch bewertet, da hier von der Qualität der Antragsstellung in unzulässiger Weise auf die Qualität der Therapie geschlossen wird (Düsch 2003). Das Gutachterver-

fahren liefert aber nur eine Prognose, ob im individuellen Fall ein Therapieerfolg zu erwarten ist. Über den Verlauf oder das Ergebnis können keine Aussagen getroffen werden.

Von den befragten Experten wurde auch zu bedenken gegeben, dass aufgrund des Bewilligungsvorbehalts bei der Antragstellung für eine Psychotherapie, die Berichte „strategisch“ geschrieben werden, also vom Gutachter eher die Qualität der Berichtserstellung hinsichtlich einer kohärenten Fallbeschreibung beurteilt wird (siehe Anhang VI). Dies zeigt sich auch in den geringen Korrektur- und Ablehnungsraten (Düsch 2003): Über 90 % der Anträge werden bewilligt.

Hinzu kommt, dass Psychotherapeuten entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie nach 35 erfolgreichen Erstanträgen für eine Kurzzeittherapie von der Berichtspflicht bei Antragstellung befreit werden können. Die Kurzzeittherapie macht den größten Teil der Versorgung aus. Davon ist ein sehr erheblicher Anteil gutachterbefreit. Nach Expertenschätzungen gehen insgesamt nur ca. 30 % der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung durch das Gutachterverfahren, d.h. der überwiegende Teil der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung wird davon gar nicht erfasst und unterliegt damit derzeit auch keinerlei Qualitätssicherung im Sinne des Gutachterverfahrens.

Als Instrument der gesetzlich verpflichtenden externen Qualitätssicherung scheint das Gutachterverfahren in der derzeitigen Anwendung daher nicht geeignet.

Das Modellvorhaben der Techniker Krankenkasse nach §63 Abs. 1 SGB V „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“

Im Modellvorhaben der Techniker Krankenkasse, das von 2005 bis 2011 mit ca. 400 Psychotherapeuten aus ganz Deutschland durchgeführt wurde, wurde das Gutachterverfahren mit einem Feedbacksystem hinsichtlich der Behandlungsergebnisse verglichen (TK-Modell). Gleichzeitig wurde die praktische Umsetzung des TK-Modells überprüft (Wittmann et al. 2011).

Es sollte belegt werden, dass eine Qualitätssicherung mit dem TK-Modell, verglichen mit dem Gutachterverfahren, zu besseren klinischen Outcomes führt und mit einem besseren Dosis-Wirkungs-Verhältnis verbunden ist. Das Projekt war das erste dieser Art in Deutschland (Strauss et al. 2013).

Dazu wurden zunächst durch eine Cluster-Randomisierung zwei Gruppen von Therapeuten gebildet. In der Kontroll-Gruppe wurde das Gutachterverfahren entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie eingesetzt, in der Interventionsgruppe das TK-Modell. Die teilnehmenden Psychotherapeuten konnten sich dazu entscheiden, ob sie ihren Patienten die Teilnahme an der Studie anbieten oder nicht. In beiden Studienarmen wurden zu Beginn, am Ende und ein Jahr nach Ende der Therapie psychometrische Tests durchgeführt (Strauss et al. 2013).

Das TK-Modell enthielt darüber hinaus folgende Komponenten: Zu Beginn jeder Behandlung wurde jeweils ein standardisiertes Assessment mit einem ICD-10-bezogenen, strukturierten diagnostischen Interview durchgeführt. Ein modifizierter, weniger umfangreicher Bericht an den Gutachter, der zusätzlich die Ergebnisse der psychometrischen Tests enthielt, war nur gefordert, falls für einen Patienten nicht mindestens eine Diagnose nach ICD-10 gestellt wurde und in einem Selbstbeurteilungsinstrument nicht mindestens ein klinisch auffälliger Wert gemessen wurde. Ein erfolgreicher Antrag ging für alle Therapieverfahren mit der Bewilligung des Langzeitkontingentes einher (Wittmann et al. 2011).

Psychometrische Tests wurden zu definierten Zeitpunkten im Verlauf durchgeführt und die Ergebnisse wurden den Therapeuten zeitnah zurückgespiegelt. Die Ergebnisse der im Verlauf erhobenen psychometrischen Tests sollten die Therapeuten bei der Entscheidung unterstützen, die Therapie weiterzuführen oder zu beenden (Strauss et al. 2013).

Anders als erwartet, ergaben sich hinsichtlich der Outcomes keine signifikanten Unterschiede zwischen den Studienarmen. Auch eine bessere Dosis-Wirkungs-Beziehung konnte nicht nachgewiesen werden (Strauss et al. 2013).

Ein besonderes Augenmerk des TK-Projektes lag darauf, die Möglichkeit einer Alternative zum Gutachterverfahren aufzuzeigen. Ein gesetzlich verpflichtendes externes Qualitätssicherungsverfahren könnte Elemente aus dem TK-Projekt übernehmen. Sollte ein Gutachterverfahren wie im TK-Modell vorgeschlagen umgesetzt werden, könnten zum Beispiel die Ergebnisse der psychometrischen Tests zu Beginn einer Therapie als Grundlage für eine Ergebnismessung dienen. Eine Überprüfung der im TK-Modell eingesetzten Verlaufsmessungen mit zeitnahe Feedback ist ggf. durch Prozessindikatoren denkbar.

Das Modellvorhaben „QS-PSY-BAY“

Das Modellvorhaben „Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie in Bayern“ (QS-PSY-BAY) hatte zum Ziel, eine empirisch basierte einrichtungs- und fachübergreifende elektronische Routedokumentation für eine freiwillige und non-punitiv Qualitätssicherung zu erproben (Steffanowski et al. 2011).

Auf Basis einer einheitlichen Dokumentation erhoben 217 teilnehmende Therapeuten je Patient Daten an bis zu vier primären Messzeitpunkten: Zu Beginn und zum Ende der probatorischen Sitzungen, zum Ende der Therapie und ein Jahr nach der Therapie (Katamnese). Zusätzliche Messungen im Verlauf wurden durchgeführt, wenn entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie eine Umwandlung oder Verlängerung beantragt wurde (Steffanowski et al. 2011).

Besonderes Augenmerk lag auf der Zusammenstellung der Testbatterie. Diese sollte für einen generischen, verfahrens- und diagnoseübergreifenden Einsatz geeignet sein. Zusätzlich sollten die verwendeten Instrumente frei verfügbar sein (Steffanowski et al. 2011).

Für jeden übermittelten Erfassungsbogen wurde ein individueller Bericht an den Therapeuten erstellt, in dem die Ergebnisse des jeweiligen Patienten mit einer Bezugsgruppe in Vergleich gesetzt wurden, sodass der Zustand eines Patienten mit ähnlich betroffenen Patienten verglichen werden konnte (Steffanowski et al. 2011).

Die erprobte Routedokumentation basierte auf einer freiwilligen Teilnahme der Psychotherapeuten, die Ergebnisse wurden auch nicht für einen Leistungserbringervergleich genutzt oder veröffentlicht (Steffanowski et al. 2011).

Da es keine Kontrollgruppe gab, gibt es keinen direkten Vergleich hinsichtlich der Wirksamkeit der Intervention gegenüber Therapien, die ohne Verlaufsmessungen und Feedback durchgeführt werden. Eine Vergleichsstudie mit Routedaten, die einen solchen Vergleich beleuchten soll, steht noch aus (Steffanowski et al. 2011).

Die Umsetzbarkeit des Einsatzes von Verlaufs- und Ergebnismessungen auf freiwilliger Basis mit frei verfügbaren Messinstrumenten kann somit als belegt angenommen werden. Aufgrund der besonderen Implikationen der gesetzlich verpflichtenden externen Qualitätssicherung kann ein solches Vorgehen jedoch nicht ohne Weiteres adaptiert werden. Ein Prozessindikator, der die Teilnahme an freiwilligen Qualitätssicherungsverfahren wie dem QS-PSY-BAY erhebt, ist jedoch denkbar.

Basisdokumentation in der Psychotherapie – PSY-BA-DO

Vor dem Hintergrund des Gesundheits-Reformgesetzes von 1988 haben mehrere psychotherapeutische Fachgesellschaften gemeinsam eine Basisdokumentation zum verfahrens-, diagnose- und sektorenunabhängigen Einsatz erarbeitet. Mit dieser Basisdokumentation können insbesondere Therapieprozesse und -ergebnisse routinemäßig und standardisiert erfasst werden (Heuft et al. 1998b).

Das Kernmodul besteht zu Beginn und zum Ende einer Therapie aus insgesamt neun Dokumentationsbögen. Erfasst werden die Diagnose(n), der Beeinträchtigungsschweregrad, das Funktionsniveau, die individuellen Therapieziele des Patienten und des Therapeuten (bzw. deren Erreichung), die für die Behandlung relevanten Problembereiche (bzw. deren Veränderung) und die Planung bzw. die Veränderung der Pharmakotherapie (Heuft et al. 1998b).

Zum Beginn der Therapie werden zusätzlich die Therapiemotivation des Patienten und soziodemografische Daten erhoben. Zum Ende der Therapie werden zusätzlich die Arbeitsfähigkeit und die Gesamtbeurteilung der

Behandlung dokumentiert. Bei Bedarf können zusätzlich zum Kernmodul weitere psychometrische oder therapieschulenspezifische diagnostische Instrumente ergänzt werden (Heuft et al. 1998b).

Die PSY-BA-DO ist ein Beispiel für eine strukturierte Dokumentation beim Leistungserbringer, die teilweise als Basis für eine gesetzlich verpflichtende externe Qualitätssicherung genutzt werden könnte, wenn diese als Standard in der psychotherapeutischen Versorgung gelten würde. Diesbezüglich besteht auch Konsens unter den vom AQUA-Institut befragten Experten (siehe Anhang V). Bis heute wurde allerdings weder die PSY-BA-DO noch eine andere Basisdokumentation als Standard in der psychotherapeutischen Versorgung etabliert.

Selektivvertragliche Versorgung

Zur Versorgungsrelevanz von Selektivverträgen liegen keine aktuellen Zahlen vor. Ergebnis einer Befragung von Mitgliedern der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung im Jahr 2010 war, dass nur ein kleiner Teil der Befragten an der selektivvertraglichen Versorgung nach § 140a oder § 73c SGB V teilnimmt (Walendzik et al. 2010).

Der einzige relevante Selektivvertrag, der identifiziert werden konnte, ist der Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V¹¹ (PNP-Vertrag), der im Oktober 2011 startete. Der Vertrag zielt auf Leistungserbringer in den Bereichen Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie ab.

Die im PNP-Vertrag festgehaltenen Regelungen zur Qualitätssicherung beziehen sich in erster Linie auf die Strukturqualität. Darunter fallen etwa Regelungen zur Ausbildung von Leistungserbringern und die Teilnahme an Qualitätszirkeln. Darüber hinaus wird im PNP-Vertrag auf noch zu implementierende Qualitätssicherungsverfahren der externen gesetzlichen Qualitätssicherung verwiesen.

Qualitätssicherung in der Rehabilitation

Bestehende bundesweite Verfahren zur externen Qualitätssicherung in der Rehabilitation sind das QS-Reha®-Verfahren der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie die Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. Je nach federführendem Beleger ist eine Rehabilitationseinrichtung verpflichtet, sich entweder an dem einen oder dem anderen Qualitätssicherungsprogramm zu beteiligen (Farin et al. 2011; Kawski et al. 2011). Beide Programme adressieren unter anderem die Qualität der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und beziehen sich dabei vorwiegend auf erwachsene Rehabilitanden. Es werden Merkmale von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Patientenzufriedenheit erfasst. Eigens für den Bereich der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen initiierten die Deutsche Rentenversicherung und die Gesetzliche Krankenversicherung verschiedene gemeinsame und mittlerweile abgeschlossene Modellprojekte zur externen Qualitätssicherung, deren praktische Umsetzung derzeit beraten wird (Farin et al. 2011; Kawski et al. 2011; Widera et al. 2011).¹²

Die Verfahren bzw. Projekte werden im Folgenden näher vorgestellt und anschließend in Bezug auf die Anwendbarkeit in einem möglichen QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie diskutiert.

Das QS-Reha®-Verfahren der Gesetzlichen Krankenkassen

Das „QS-Reha®-Verfahren“ ist ein bundesweites Qualitätssicherungsverfahren der Spitzenverbände der Krankenkassen zur externen Qualitätssicherung von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 135a Abs. 2 und 137d SGB V. Mit dem Aufbau des Verfahrens wurde im Jahr 2000 begonnen. Die Maßnahmen der Qualitätssicherung werden indikationsspezifisch angewendet und richten sich auf die jeweilige Fachabteilung aus. Dementsprechend existiert ein Verfahren für den Bereich „Psychosoma-

¹¹ http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/facharztprogramm/bw_ap_facharzt_pnp_gesamtvertrag_210214.pdf (Zugriff am 11.09.2015).

¹² <http://www.qs-reha.de>, http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/3_Infos_fuer_Experten/01_Sozialmedizin_Forschung/02_reha_qualitaetssicherung/reha_qualitaetssicherung_index_node.html. (Zugriff am 11.09.2015).

tik/psychische Erkrankungen/Abhängigkeitserkrankungen“. Das Verfahren bezieht sich derzeit auf stationäre Rehabilitationseinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach den §§111, 111a SGB V.¹³

Im QS-Reha®-Verfahren zum Bereich der psychosomatischen und psychischen Erkrankungen bzw. Abhängigkeitserkrankungen kommen verschiedene Erhebungsinstrumente zur Anwendung, mit denen Qualitätsmerkmale erfasst werden, die sich zum Teil explizit auf die psychotherapeutische Behandlung beziehen. In Abständen von drei Jahren werden folgende Erhebungen wiederholt (GKV):

▪ **Befragung der Einrichtung**

Über einen durch die Einrichtung zu dokumentierenden Einrichtungsbogen werden neben klassischen Strukturmerkmalen (z.B. die personelle und räumliche Ausstattung) auch Aspekte der Prozessqualität adressiert. Hierzu gehören u.a. die Häufigkeit von Angehörigengesprächen, der Umfang an Diagnostik oder die individuelle Vereinbarung von Rehabilitationszielen. Diese Aspekte werden jeweils aggregiert, d.h. nicht fallbezogen erhoben.

▪ **Visitationen**

Bei einer per Zufall ausgewählten Stichprobe an Einrichtungen finden Vor-Ort-Begehungen durch externe Visitoren statt. Diese prüfen die Validität der Angaben im Einrichtungsbogen anhand einer Visitationsscheckliste.

▪ **Befragung der Patienten**

Mittels einer Befragung von mindestens 100 konsekutiv aufgenommenen Patienten pro Einrichtung werden Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Patientenzufriedenheit gemessen. Die Messung der Ergebnisqualität erfordert zwei Messzeitpunkte: zu Beginn der Rehabilitation und sechs Wochen nach Ende der Rehabilitation, im Rahmen einer Nachbefragung. Die Prozessqualität und die Patientenzufriedenheit werden ausschließlich im Rahmen der Nachbefragung erfasst. Das Austeilen des Fragebogens zu Beginn der Therapie sowie die postalische Zusendung zum Nachbefragungszeitpunkt geschehen jeweils durch die Einrichtung.

Die über die Patientenbefragung erfassten Merkmalsbereiche zur Prozessqualität betreffen den Therapieablauf und die Kommunikation mit dem behandelnden Arzt bzw. Psychotherapeuten (z.B. Aufklärung, Vereinbarung von Therapiezielen, Abstimmung des Behandlungsplans). Die Patientenzufriedenheit wird unter anderem auch in Bezug auf die psychotherapeutische Behandlung erhoben und umfasst z.B. ob sich der Patient vom Psychotherapeuten gut betreut und beraten fühlte, inwieweit der Psychotherapeut einfühlsam und verständnisvoll war und ob die Behandlung dem eigenen Fortschritt gemäß geplant und abgestimmt wurde.

Zur Messung der Ergebnisqualität wird zu den genannten zwei Messzeitpunkten der HEALTH-49-Fragebogen (Rabung et al. 2009) eingesetzt, mit dem die Ergebnisqualität mittels einer indirekten Veränderungsmessung (vgl. Abschnitt 2.4.5) differenziert nach folgenden Merkmalen psychosozialer Gesundheit erhoben und ausgewertet wird:

Schwierigkeiten, Selbstwirksamkeit sowie Aktivität und Partizipation.

psychische und so

Für die Beurteilung der Ergebnisqualität einer Einrichtung wird eine Risikoadjustierung vorgenommen. Neben der Ausgangsbelastung (erfasst über den HEALTH-49-Fragebogen zu Beginn der Rehabilitation) werden dabei folgende, über den Patientenbogen und/oder den Arzt- bzw. Therapeutenbogen (siehe unten) erfasste Variablen berücksichtigt: Geschlecht, Alter, Rentenstatus, Schulbildung, Nationalität, Partnersituation, Berufliche Situation, Vorbehandlungen, AU- bzw. Krankheitszeiten in den letzten 6 Monaten, Behandlungsdiagnosen (GKV 2013).

▪ **Befragung der Ärzte bzw. Therapeuten**

Der behandelnde Arzt bzw. Therapeut füllt für die 100 konsekutiv einbezogenen Patienten sowie für die nicht teilnehmenden Patienten (Dropouts, siehe unten) einen Arzt- bzw. Therapeutenbogen zu Beginn und zum Ende der Rehabilitation aus. Darin werden medizinisch relevante, patientenbezogene Basisdaten, bspw. die Behandlungsdiagnosen, erhoben. Des Weiteren werden therapeutenseitige Einschätzungen zur Beeinträchti-

¹³ www.qs-reha.de

gungsschwere des Patienten über Items aus dem Fragebogen HoNOS-D (Andreas et al. 2010; Andreas et al. 2007) sowie zur psychischen Lebensqualität und zur somatischen Lebensqualität über Items aus dem Fragebogen SF-8 (Schulz et al. 2009) erfasst. Die Ergebnisse der Fremdeinschätzungen dienen als lediglich ergänzende Referenzbefunde zu den über die Patientenbefragung erhobenen Befunden zur Ergebnisqualität (GKV 2013).

Eine am QS-Reha®-Verfahren teilnehmende Einrichtung erhält, unter anderem zum Zwecke des einrichtungsinernen Qualitätsmanagements, einen zweiteiligen Ergebnisbericht: Teil I enthält die über den Einrichtungsbogen erfassten Ergebnisse zur Struktur- und Prozessqualität. Im Teil II werden die über den Patientenbogen erfassten Ergebnisse zur Prozessqualität und zur Patientenzufriedenheit jeweils im Vergleich mit anderen Einrichtungen dargestellt. Der Ergebnisbericht kann von allen Krankenkassen eingesehen werden und soll eine qualitätsorientierte Belegungs- und Vergütungsgestaltung ermöglichen (GKV 2013).

Mit Einrichtungen, die gemäß einem definierten Algorithmus aufgrund ihrer Ergebnisse als „auffällig“ identifiziert werden, wird auf Landesebene ein „Strukturierter Qualitätsdialog“ als Qualitätsverbesserungsmaßnahme geführt (GKV 2013).

Im QS-Reha®-Verfahren lässt sich beobachten, dass ein Anteil der eigentlich in die Befragung einzubeziehenden Patienten entweder bereits zu Rehabilitationsbeginn oder im Rahmen der Nachbefragung z.B. aufgrund fehlender Teilnahmebereitschaft oder kognitiv-physischer Beeinträchtigung (Farin et al. 2009) aus der Erhebung herausfallen. Bestandteil der Auswertungen sind deshalb einrichtungsbezogene Drop-Out-Analysen, in denen geprüft wird, ob die aus der Erhebung ausgeschiedenen Patienten sich in relevanten Parametern wie bspw. Alter, Diagnose, Reha-Motivation oder Komorbidität systematisch von den Patienten unterscheiden, zu denen vollständige Datensätze vorliegen (GKV 2013).

Zukünftig ist eine Vereinheitlichung des QS-Reha®-Verfahrens und des Qualitätssicherungsverfahrens der Rentenversicherung (siehe unten) angestrebt (qs-reha.de).

Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung

Bereits im Jahr 1994 führte die Deutsche Rentenversicherung auf der gesetzlichen Grundlage des §20 SGB IX die „Reha-Qualitätssicherung“ ein. Folgende Instrumente werden im Bereich der psychischen und psychosomatischen Störungen bzw. Abhängigkeitserkrankungen eingesetzt:¹⁴

▪ Befragung der Einrichtung

In den stationären Einrichtungen werden Strukturhebungen durchgeführt. Analog zum QS-Reha®-Verfahren werden neben einer Reihe klassischer Strukturmerkmale auch prozessnahe Strukturparameter, bspw. die regelhafte Durchführung von Angehörigengesprächen oder die regelhafte Anwendung psychologischer Testverfahren über Angaben der Einrichtung in einem Strukturhebungsbogen erhoben. Eine separate Erhebung im Bereich „Pädiatrie“ erfasst die Strukturmerkmale der Fachabteilungen für Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation, wobei Anforderungen an den Fachbereich Psychosomatik/Psychiatrie eingeschlossen sind.

▪ Befragung der Patienten

Je stationärer Rehabilitationseinrichtung erhalten monatlich etwa 20 zufällig ausgewählte erwachsene Patienten (Alter > 18 Jahre) im Zeitraum von 8 bis 12 Wochen nach der Entlassung einen Rehabilitandenfragebogen. Die Ziehung der Stichprobe und die Versendung der Fragebögen werden von den Rentenversicherungsträgern übernommen (Deutsche Rentenversicherung 2014).

Neben einer Reihe an Fragen mit Bezug zur Qualität anderer Prozesse in der Rehabilitation beziehen sich zwei Fragen auf die Prozessqualität der psychotherapeutischen Behandlung und erfassen, inwieweit der Patient die stattgefundenen psychotherapeutischen Gespräche im Nachhinein als hilfreich einschätzt und inwieweit die Gelegenheit bestand, wichtige persönliche Problembereiche zu bearbeiten.

¹⁴ http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/3_Infos_fuer_Experten/01_Sozialmedizin_Forschung/02_reha_qualitaetssicherung/reha_qualitaetssicherung_index_node.html. (Zugriff am 11.09.2015)

Des Weiteren erfasst der Rehabilitandenfragebogen die Ergebnisqualität aus Sicht des Patienten mittels einer Einpunktmessung, d.h. – anders als im QS-Reha®-Verfahren – in Form einer direkten und nicht in Form einer indirekten Veränderungsmessung (vgl. Abschnitt 2.4.5). Hierbei ist durch den Patienten einzuschätzen, wie sehr sich verschiedene Symptome durch die Rehabilitation bis zum Befragungszeitpunkt im Vergleich zu der Zeit vor der Rehabilitation verändert haben. Zudem soll der Patient den Erfolg der Rehabilitation insgesamt beurteilen. Die subjektiv wahrgenommene Ergebnisqualität wird ähnlich wie im QS-Reha®-Verfahren mittels einer Reihe von Variablen, die vorwiegend über die Rehabilitandenbefragung erhoben werden, adjustiert. Hierzu gehören unter anderem Alter, Geschlecht, Wohnort, Schulabschluss, feste Partnerschaft, Muttersprache, Komorbiditäten, subjektive Eingangsbelastung, Erwerbsstatus, die Rehabilitationsdauer und das Auftreten kritischer, belastender Lebensereignisse zwischen der Rehabilitation und dem Zeitpunkt der Beantwortung des Fragebogens (Widera 2010).

Im Bereich der berufsbegleitenden, ambulanten Entwöhnungsbehandlung wird eine ähnlich gestaltete Rehabilitandenbefragung durchgeführt.

▪ Peer Review

Das Peer Review wird in ca. zweijährigen Intervallen durchgeführt und ist ein Verfahren, mit dem anhand von Einzelfallbegutachtungen die Prozessqualität in stationären und ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtungen erfasst wird. Je Einrichtung werden hierfür anonymisierte Entlassungsberichte und Therapiepläne von etwa 20 zufällig ausgewählten, erwachsenen Rehabilitanden durch geschulte Mediziner auf der Grundlage einer Checkliste qualitätsrelevanter Merkmale begutachtet. Bewertet werden z.B. der Umfang von Anamnese und Diagnostik, die Formulierung individueller Rehabilitations-Ziele und die kritische Würdigung des Reha-Prozesses und der Reha-Ergebnisse im Entlassungsbericht.

▪ Reha-Therapiestandards

Für Rehabilitationsmaßnahmen zu den Indikationen „Depressive Störungen“ und „Alkoholabhängigkeit“ wurden evidenzbasierte Therapiestandards entwickelt. In den Standards ist definiert, welcher Mindestanteil an Patienten mit einer dieser Indikationen therapeutische Leistungen in welchem Umfang (wie z.B. Psychotherapie, Psychoedukation, Entspannungstraining oder Bewegungstherapie) während der Rehabilitation erhalten sollte. Einrichtungsbezogene Auswertungen bzgl. der Erfüllung der Therapiestandards erfolgen auf Basis der anhand der „Klassifikation therapeutischer Leistungen“ durch die Einrichtung dokumentierten Leistungsdaten (KTL-Daten).

Die Ergebnisse der Strukturerhebung, der Rehabilitandenbefragung, des Peer-Review-Verfahrens und der Auswertungen zu den Reha-Therapiestandards werden den Reha-Einrichtungen und den Rentenversicherungsträgern – ähnlich wie im QS-Reha®-Verfahren – in einrichtungsvergleichenden Ergebnisberichten zurückgemeldet.¹⁵

Modellprojekte zur externen Qualitätssicherung in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

In einem von der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung gemeinsam initiierten und Ende 2005 beendeten Projekts wurden Kriterien für eine Bewertung der Strukturqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, unter anderem auch für Einrichtungen, die Patienten mit einer Indikation aus dem Bereich psychosomatische/psychiatrische Erkrankungen behandeln, entwickelt (Petersen et al. 2006). Einige für diese Indikation spezifische Bewertungskriterien beziehen sich auf die Verfügbarkeit psychologischer Testverfahren und die personelle Kompetenz zu deren Anwendung.¹⁶

In einem weiteren gemeinsamen Projekt der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung wurden Instrumente und Methoden zur Erfassung der Ergebnisqualität in der stationären medizini-

¹⁵ http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/3_Infos_fuer_Experten/01_Sozialmedizin_Forschung/02_reha_qualitaetssicherung/reha_qualitaetssicherung_index_node.html. (Zugriff am 11.09.2015)

¹⁶ http://www.qs-reha.de/weitere_qs_reha_projekte/qs_kinder_jugend_reha/qs_kinder_jugend_reha.jsp. http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/3_Infos_fuer_Experten/01_Sozialmedizin_Forschung/02_reha_qualitaetssicherung/reha_qualitaetssicherung_index_node.html. (Zugriff am 11.09.2015)

schen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, unter anderem mit einer Diagnose aus der Gruppe „Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom bzw. Hyperaktivitätsstörung (ADHS)“, entwickelt. Das Projekt wurde im Jahr 2010 abgeschlossen. Eine Routineumsetzung des Verfahrens ist künftig vorgesehen, wobei dessen konkrete Ausgestaltung noch Beratungsgegenstand ist (Farin et al. 2012; Widera et al. 2011). Folgende Instrumente und Methoden wurden erprobt:¹⁶

Zur Erhebung der Ergebnisqualität kamen unterschiedliche Verfahren für Kinder im Alter von unter 12 Jahren und für Jugendliche ab einem Alter von 12 Jahren zur Anwendung: Jugendliche wurden über einen direkt durch sie auszufüllenden Fragebogen befragt; bei Kindern wurde die Befragung über die Eltern bzw. Bezugspersonen durchgeführt. Analog zum QS-Reha[®]-Verfahren wurden zwei Messzeitpunkte – zu Rehabilitations-Beginn und sechs Wochen nach Ende der Rehabilitation – eingesetzt, um eine indirekte Veränderungsmessung (siehe Abschnitt 2.4.5) zu realisieren. Das in Bezug auf die Diagnose ADHS spezifisch eingesetzte Instrument war der „Strengths and Difficulties Questionnaire“ (SDQ) (Goodman 1999) zur Erfassung der diagnosespezifischen Lebensqualität. Zusätzlich wurde zum Zeitpunkt von 6 Wochen nach Beendigung der Rehabilitation ein im Rahmen des Projektes entwickeltes Instrument eingesetzt, mit dem die Veränderungen durch die Rehabilitation in Form einer direkten Veränderungsmessung (siehe Abschnitt 2.4.5) eingeschätzt wurden (AQMS 2010).

Des Weiteren wurde eine Befragung der Behandler durchgeführt. Hierbei sollten die Behandler zum Ende der Rehabilitation die durch die Rehabilitation erreichte Veränderung bezüglich zu Beginn der Rehabilitation ausgewählter Ziele einschätzen. Die Auswertung des auf diese Weise eingeschätzten Rehabilitationserfolgs wurde in Form der direkten Veränderungsmessung vorgenommen. Im Rahmen der Befragung der Behandler wurden außerdem anamnestische Daten wie Alter, Geschlecht, Diagnosen oder Komorbiditäten erfasst.

Im Abschlussbericht zum Projekt geben die Autoren Empfehlungen für einen Routineeinsatz des Verfahrens, von denen einige relevant für die Überlegungen in der vorliegenden Konzeptskizze sind:

Die Autoren empfehlen für eine Erfassung der Ergebnisqualität die Anwendung einer indirekten Veränderungsmessung mit zwei Messzeitpunkten, da nur mit einer zusätzlichen Messung zu Rehabilitations-Beginn alle für einen fairen Einrichtungsvergleich erforderlichen Confounder reliabel und valide zu erfassen seien. Nach Einschätzung der Autoren bestätigten die Ergebnisse der Studie die Annahme, dass das direkte Veränderungsurteil die subjektive Wahrnehmung einer Veränderung ist und eine möglichst objektive Messung von Veränderungen nur mittels Mehrpunktmessungen erreicht werden kann. Als Indikator der vom Patienten wahrgenommenen klinischen Relevanz der Rehabilitationseffekte sei es jedoch sinnvoll, das (direkt gemessene) subjektive Veränderungsurteil ergänzend mitzuführen (Farin et al. 2012; AQMS 2010)

Aus Sicht der Autoren haben sich die parallelen Erhebungen a.) in Form der direkten Befragung von Jugendlichen ab einem Alter von 12 Jahren sowie b.) in Form der Befragung über die Eltern/Bezugspersonen bei Kindern von unter 12 Jahren im Projekt bewährt, da hierüber jeweils plausible Ergebnisse erhalten worden seien.

Für die Bewertung der Ergebnisqualität wurden in dem Projekt eine Reihe von patientenbezogenen Variablen als Confounder identifiziert, die in einer Risikoadjustierung berücksichtigt werden sollten. Dazu gehören: Eingangsstatus zur Lebensqualität, Alter, Geschlecht, Motivation zur Rehabilitationsmaßnahme, Schweregrad der Diagnose, Chronifizierung und Komorbiditäten (AQMS 2010).

Bewertung der Anwendbarkeit in einem möglichen QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie

Da sich die vorgestellten Verfahren zur Qualitätssicherung in der Rehabilitation auf einen von der ambulanten Richtlinien-therapie getrennten Versorgungsbereich beziehen, eignen sie sich nach Einschätzung des AQUA-Instituts derzeit nicht für eine Integration in einem zu entwickelnden QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie. Verschiedene methodische Aspekte der vorgestellten Verfahren erscheinen jedoch relevant für Überlegungen in dieser Konzeptskizze und werden im Folgenden diskutiert. Dabei gilt es zu bedenken, dass die Vergleichbarkeit eines möglichen QS-Verfahrens zur ambulanten Psychotherapie mit den vorgestellten QS-Verfahren in der Rehabilitation durch die unterschiedlichen Rahmenbedingungen eingeschränkt ist: Im Gegensatz zu einer ambulanten Psychotherapie hat eine Rehabilitationsmaßnahme eine zeitlich klar definierte und zumeist kürzere Behandlungsdauer (4-6 Wochen), während der ein Patient einer Reihe von äußeren Einflüssen, die im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie bestehen würden, in der Regel nicht ausgesetzt ist. Zudem

stellt die Psychotherapie lediglich ein Element unter weiteren Behandlungselementen während der Rehabilitation dar.

Parallelen der beschriebenen Verfahren mit einem möglichen QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie bestehen in dem Anspruch, faire Einrichtungsvergleiche zu realisieren, Ergebnisse an die Einrichtungen zurück zu spiegeln und auffällige Ergebnisse in einem Dialog mit den Einrichtungen zu besprechen (Farin et al. 2011; Farin et al. 2009).

Anhand der verwendeten Methoden zur Messung der Ergebnisqualität können einige Erkenntnisse für die Konzeptskizze gewonnen werden:

- Sowohl im QS-Reha®-Verfahren, als auch in der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung, als auch im Modellprojekt zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen dient der Patient als die primäre Datenquelle für die Messung der Ergebnisqualität. Angaben des Therapeuten werden ergänzend genutzt.
- Des Weiteren wird in allen drei Verfahren eine umfassende Risikoadjustierung angewendet, wobei die berücksichtigten Variablen größtenteils über den Patienten erfasst werden.
- Die Erkenntnisse aus dem Modellprojekt zeigen zudem, dass eine indirekte Veränderungsmessung zu favorisieren ist, wenn ein Einrichtungsvergleich angestrebt wird.
- Die Erfahrungen im QS-Reha®-Verfahren machen deutlich, dass im Rahmen einer Patientenbefragung damit zu rechnen ist, dass ein Anteil der einzubeziehenden Patienten aus der Erhebung herausfallen. Da dies dazu führen kann, dass die untersuchten Patienten nicht mehr repräsentativ für die eigentlich einzubeziehenden Patienten sind, sind einrichtungsbezogene Drop-Out-Analysen unter Umständen auch für ein mögliches QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie zu empfehlen.
- Die Anzahl der in die Befragung einbezogenen Patienten sowohl im QS-Reha®-Verfahren (100 Patienten pro Auswertungsintervall) als auch in der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung (20 Patienten pro Monat) übersteigt die im Rahmen eines QS-Verfahrens zu ambulanten Psychotherapie zu erwartende, durchschnittliche jährliche Fallzahl pro Einrichtung (siehe Abschnitt 2.2.1) deutlich.
- Im Falle eines QS-Verfahrens mit Bezug zu Kindern und Jugendlichen wäre aufgrund der positiven Erfahrungen des Modellprojektes zu empfehlen, Jugendliche direkt zu befragen, während für Kinder eine Befragung der Eltern/Bezugspersonen sinnvoll wäre.

Des Weiteren machen die in allen drei vorgestellten QS-Verfahren angewendeten Einrichtungsbefragungen deutlich, dass Prozessparameter unter Umständen sinnvoll über ein solches Instrument erhoben werden können, auch wenn dies in aggregierter Form erfolgt.

Das in der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung verwendete Peer-Review-Verfahren ist nach Einschätzung des AQUA-Instituts aufgrund des damit verbundenen hohen Aufwands nicht für die Anwendung in einem QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie zu empfehlen: Während im Bereich der psychischen Erkrankungen mittels Peer Review im Zwei-Jahres-Intervall derzeit ca. 1.800 Berichte aus 99 Rehabilitationseinrichtungen geprüft werden¹⁷ müssten in einem analogen Peer-Review-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie für Erwachsene etwa 20.000 Einrichtungen und für Kinder und Jugendliche etwa 4.000 Einrichtungen und eine entsprechend hohe Anzahl an Berichten geprüft werden (siehe Abschnitt 2.2.1). Selbst bei Anwendung von Einrichtungs-Stichproben würde sich eine sehr hohe Anzahl notwendiger Peer-Reviews ergeben.

Qualitätsmessungen auf Grundlage von Therapiestandards, analog zum Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung, erscheinen nach Einschätzung des AQUA-Instituts für ein QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie ebenfalls weniger geeignet. Hinsichtlich der ambulanten Psychotherapie fehlen zum einen differenzierende Codes zur Abbildung von Therapieprozessen (siehe Abschnitt 4.1); zum anderen existieren bisher äußerst wenige evidenzbasierte Empfehlungen zu konkreten Maßnahmen bzw. Prozessen in der Therapie.

¹⁷ http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/3_Infos_fuer_Experten/01_Sozialmedizin_Forschung/02_reha_qualitaetssicherung/peer_review_node.html

3 Ergebnisbewertung

Auf Grundlage der thematischen Erschließung werden im Folgenden grundsätzliche Einschätzungen in Bezug auf die Versorgungsrelevanz und die Umsetzbarkeit eines etwaigen QS-Verfahrens zur ambulanten Psychotherapie gegeben. Die vor allem im Zusammenhang mit der Umsetzbarkeit unterbreiteten prospektiven Lösungsvorschläge sind dabei dezidiert nur als Ideen zu verstehen, die nicht empirisch überprüft wurden.

3.1 Versorgungsepidemiologische Relevanz

Jährlich werden ca. 1,2 Millionen Erwachsene und ca. 170.000 Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandelt. Eine gute Qualität der psychotherapeutischen Versorgung ist daher von nennenswerter versorgungsepidemiologischer Bedeutung. Je stärker allerdings die Zielgruppe des Verfahrens auf bestimmte Patientensubgruppen beschränkt wird, etwa Patienten mit bestimmten Störungen, desto geringer wird die Aussagekraft des Verfahrens sein, weil mit sinkenden Patientenzahlen auch die Möglichkeit eines validen Einrichtungsvergleichs abnimmt.

3.2 Potenziale für Qualitätssicherung und -verbesserung

Ein Verfahren zur Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Versorgung ist nur sinnvoll, wenn auch Qualitätsprobleme nachgewiesen sind. Anhand des Versorgungspfades, auf der Basis einer umfassenden Literaturrecherche und mithilfe von Expertengesprächen wurde für die drei Phasen einer Psychotherapie – die Probatorik, die Therapie selbst und die Phase des Therapieabschlusses – eine Reihe von Qualitätspotenzialen identifiziert (siehe Abschnitt 2.3). Allerdings gibt es für viele dieser Potenziale jenseits von Expertenmeinungen wenig belastbare Evidenz dafür, dass für diese Potenziale tatsächlich auch Qualitätsdefizite existieren.

Nach eingehender Analyse der identifizierten Qualitätspotenziale und der vorliegenden Evidenz zu Qualitätsdefiziten wären für ein mögliches Qualitätssicherungsverfahren in der psychotherapeutischen Versorgung folgende Qualitätspotenziale führend:

1 – Probatorik:

- **Eingangsdiagnostik:** Nicht nur die Experten, sondern auch die eigenen Analysen von Abrechnungsdaten der Krankenkassen weisen darauf hin, dass validierte psychometrische Messinstrumente in der Eingangsdiagnostik nicht ausreichend eingesetzt werden. Von einem vermehrten Einsatz wäre eine präzisere Diagnose und infolgedessen ein präziseres Ausrichten der Therapie zu erwarten.
- **Aufklärung und Partizipative Entscheidungsfindung:** Zu einem möglichen Qualitätsdefizit liegen ausschließlich Aussagen von Experten vor. Diese vermuteten, dass Patienten vor einer Therapie häufiger ohne Hinweis auf eine Entscheidungsmöglichkeit mit dem Therapieverfahren behandelt werden, das dem aufgesuchten Therapeuten vertraut ist. Eine verbesserte Aufklärung und ein stärkerer Einbezug von Patienten in die Entscheidungsprozesse vor Beginn der Therapie könnte die Rolle des Patienten im Versorgungsprozess stärken.

2 – Verlauf der Therapie:

- **Erarbeitung individueller Therapieziele:** Das gemeinsame Erarbeiten, regelmäßige Überprüfen und Anpassen individueller Therapieziele ist ein zentrales Element in einer Psychotherapie, das laut Studienergebnissen wesentlich zum Therapieerfolg beiträgt. Therapieziele bilden zudem die Basis für die Inhalte der Psychotherapie und sind die Referenz zum Überprüfen des Therapieerfolgs. Auch wenn unklar ist inwieweit für dieses Qualitätspotenzial tatsächliche Defizite existieren, würde das Dokumentieren von Therapiezielen im Rahmen eines Qualitätssicherungsverfahrens zumindest den Grundstein für die Bewertung der Therapie als Ganzes im Rahmen der Ergebnisqualität legen.
- **Einbezug von Bezugspersonen:** Bei der Therapie von Kindern ist es unerlässlich, eine Bezugsperson in die Therapie einzubeziehen. Auch für psychisch erkrankte Jugendliche und Erwachsene können Bezugspersonen unter Umständen eine wichtige Ressource sein und deren Einbezug in Therapieprozesse wesentlich zum Behandlungserfolg beitragen. Allerdings hängt dies von individuellen Faktoren ab, nicht zuletzt von den Präfe-

renzen des Patienten. Ein Hinweis auf ein Qualitätsdefizit liegt nur aus Expertengesprächen vor. Hierbei wurde vermutet, dass Paar- bzw. Familientherapien weniger eingesetzt würden, als sie tatsächlich benötigt würden.

- Therapiebegleitende Diagnostik: Es gibt ausreichend Evidenz, die nahelegt, dass eine Verlaufsdagnostik die Qualität einer Therapie verbessert. Von Experten wurde angeführt, dass eine Verlaufsdagnostik von vielen Therapeuten möglicherweise gar nicht oder selten eingesetzt wird. Auswertungen von Routinedaten untermauern diese Vermutung. Eine regelmäßige Verlaufsmessung könnte unter anderem dazu führen, dass schwere Verläufe von psychischen Störungen von Therapeuten früher erkannt werden. Zudem wäre die regelhafte therapiebegleitende Diagnostik eine wichtige Grundlage für die Bewertung der Therapie und eine Abbildung der Ergebnisqualität.
- Kooperation: Sowohl Studien als auch die Aussagen der Experten legen nahe, dass ein Austausch von Psychotherapeuten mit mitbehandelnden Ärzten wie Nervenärzten und Hausärzten zu wenig erfolgt. Ein Qualitätsdefizit konnte also identifiziert werden. Eine bessere Kooperation könnte unter anderem zu einer effizienteren Gestaltung des Versorgungsablaufs beitragen.

3 – Therapieabschluss:

- Für den Abschluss einer Therapie ist es wichtig, dass er nicht abrupt und eher langsam ausschleichend stattfindet. Von Experten wurde dargestellt, dass für einige schwerer erkrankte Patienten nicht immer die Möglichkeit bestünde, nach Therapieende noch eine niederfrequente Therapie zur Rezidivprophylaxe in Anspruch zu nehmen. Ansonsten konnten weder in der Literatur noch über die Expertengespräche oder mittels Routinedatenanalyse Qualitätsdefizite für die Phase des Therapieabschlusses identifiziert werden.

Kennzeichnend für die meisten Qualitätspotenziale ist, dass Standards und Leitlinien fehlen, die definieren, was gute Qualität wäre. Zudem handelt es sich bei einer Psychotherapie um einen hochindividualisierten Prozess, der von einer Reihe von Kontextfaktoren, wie Erkrankung, Lebensbedingungen des Patienten und Lebensereignissen bestimmt wird.

Ein Vergleich von Leistungserbringern anhand von Indikatoren, die die oben genannten relevanten Qualitätspotenziale abbilden, wie Eingangsdiagnostik, Festlegung von Therapiezielen, Verlaufsdagnostik, Überprüfen von Therapiezielen, Kooperation, ist auch dadurch eingeschränkt, dass die Fallzahlen pro Therapeut eher gering sind. Dadurch ist in einem Qualitätssicherungsverfahren zu erwarten, dass mögliche Auffälligkeiten häufig nicht mit der notwendigen statistischen Sicherheit als Qualitätsmängel identifiziert werden können. Gleichwohl kann das Dokumentieren möglicher Indikatoren für die genannten Qualitätspotenziale dazu führen, dass sich gewisse Prozesse als Standards in der psychotherapeutischen Praxis durchsetzen, etwa der Einsatz und die Verlaufsdagnostik mit standardisierten Instrumenten oder der interdisziplinäre Austausch mit mitbehandelnden Kollegen. Um die den Auswertungen zugrundeliegenden Fallzahlen zu erhöhen, sollten zusammenfassende Auswertungen von Indikatoren über mehrere Jahre in Betracht gezogen werden. Des Weiteren könnte die Bildung von Indices eine Möglichkeit sein, die Diskriminationsfähigkeit verbessern.

3.3 Patientennutzen

Von einer verbesserten Qualität der psychotherapeutischen Versorgung würden die Patienten unter anderem in folgenden Bereichen profitieren: Von einer regelmäßigen Verlaufsmessung und Überprüfung der Therapieergebnisse wäre eine stärkere Zielfokussierung zu erwarten. Eine verbesserte Kommunikation und Kooperation der Psychotherapeuten mit anderen Leistungserbringern könnte zum Beispiel helfen, divergierende Therapiestrategien in Bezug auf Krankschreibungen zu vermeiden.

Wie groß der Effekt des Patientennutzens von einem Qualitätssicherungsverfahren wäre, lässt sich nicht beziffern und auch nicht schätzen, da keine verlässlichen Daten hinsichtlich des Ausmaßes möglicher Qualitätsdefizite vorliegen. Nach Aussage der befragten Patientenvertreter sei das größte Problem der Psychotherapie nicht ihre Durchführung, sondern der Zugang zu dieser. Dieser sei durch das Angebot, die Sprechzeiten und die Therapieschwerpunkte der Therapeuten eingeschränkt. Dabei ist auch hier anzumerken, dass über das tatsächliche Ausmaß des Problems, eine Psychotherapie zu finden, keine verlässlichen Untersuchungen jenseits von Einzelfallberichten vorliegen. Ein Qualitätssicherungsverfahren wird jedenfalls das Thema Zugang, das vor allem ein strukturelles Problem ist, nicht adressieren können.

4 Umsetzbarkeit

Für die Umsetzbarkeit eines QS-Verfahrens müssen die für die Abbildbarkeit der Qualitätspotenziale benötigten Informationen, die in den Datenquellen vorhanden sind, grundsätzlich und zu einem angemessenen Zeitpunkt identifiziert und möglichst valide erfasst werden können sowie zum vorgesehenen Zeitpunkt der Auswertung zur Verfügung stehen. Im Folgenden werden diese für die Umsetzbarkeit relevanten Aspekte diskutiert.

Eine besondere Herausforderung für die Umsetzbarkeit eines möglichen QS-Verfahrens zur ambulanten Psychotherapie stellt der Umstand dar, dass es sich dabei nicht um einen einmaligen Eingriff zu einem bestimmten Termin oder im Rahmen eines bestimmten Aufenthalts handelt, sondern vielmehr um eine Leistung, die aufgeteilt in viele Einzelleistungen über einen unterschiedlich langen Zeitraum, in der Regel über Monate oder Jahre, erbracht wird. Eine ähnliche Problematik stellte sich auch bei der Entwicklung des QS-Verfahrens zur Dialyse nach Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse/QSD-RL. Allerdings bestehen erhebliche Unterschiede (z.B. im QS-Verfahren nach QSD-RL wird jede Dialyse für die QS dokumentiert, es wird immer die gleiche Leistung erbracht), sodass eine analoge Anwendung auf die ambulante Psychotherapie hinsichtlich der Umsetzung nicht in Betracht kommt. Dennoch wurde die QS-Dialyse grundsätzlich in die Überlegungen einbezogen.

4.1 In den Abrechnungsdaten vorliegende Informationen zur Identifikation von Leistungserbringern, Patienten und Leistungen

Abrechnungsdaten sind in einem QS-Verfahren relevant für die Identifikation von Leistungserbringern, Leistungen und Patienten, was Voraussetzung für die Auslösung der Dokumentationspflicht in der QS-Dokumentation beim Leistungserbringer und die Auslösung von Patientenbefragungen, sowie für die Datenerhebung über die Spezifikation der Sozialdaten bei den Krankenkassen ist. Da die Abrechnungsdaten also hinsichtlich Auslösung und/oder Datenerhebung für alle Erhebungsinstrumente von Bedeutung sind, wird zunächst dargestellt, welche relevanten Informationen für die Nutzung in einem QS-Verfahren in den Abrechnungsdaten vorliegen und welche Einschränkungen bestehen. Daran anschließend wird, differenziert nach Erhebungsinstrumenten, auf die Details zur Umsetzbarkeit eines QS-Verfahrens eingegangen.

Identifikation von Leistungserbringern

Die GOP, die für psychotherapeutische Leistungen nach Psychotherapie-Richtlinie abgerechnet werden können (siehe Tabelle 12)¹⁸, sind in Bezug auf eine Abbildung der Richtlinienpsychotherapie bzw. der probatorischen Stunden sensitiv und spezifisch. Die Sensitivität ist dadurch gewährleistet, dass die Kodierung dieser Gebührenordnungspositionen zwingende Voraussetzung der Abrechnung einer Richtlinienpsychotherapie ist. Die Spezifität ist gegeben, da die Codes nur für die Richtlinienpsychotherapie bzw. die probatorische Stunde stehen.

Ambulante Leistungserbringer bzw. psychotherapeutische Praxen, die Leistungen nach der Psychotherapie-Richtlinie erbringen, sind in den Abrechnungsdaten somit identifizierbar. Überwiegend ist in diesem Versorgungsbereich unter einer Betriebsstättennummer nur ein Arzt oder Psychotherapeut tätig. Aus den Abrechnungsdaten ist jedoch nicht eindeutig abzuleiten, ob es sich bei den Therapeuten um Kinder- und Jugendlichentherapeuten oder um Erwachsenentherapeuten bzw. um Therapeuten mit einer Zulassung für alle Altersgruppen handelt.

¹⁸ Einheitlicher Bewertungsmaßstab, Stand: 3. Quartal 2015

Tabelle 12: GOP für die Identifikation von Leistungserbringern/Leistungen/Patienten

Kode	Text
35150	Probatorische Stunde
35200	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)
35201	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)
35202	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, große Gruppe)
35203	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, große Gruppe)
35205	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Kurzzeittherapie, kleine Gruppe)
35208	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Langzeittherapie, kleine Gruppe)
35220	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)
35221	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)
35222	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, kleine Gruppe)
35223	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, kleine Gruppe)
35224	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, große Gruppe)
35225	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, große Gruppe)
35210	Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung)
35211	Analytische Psychotherapie (große Gruppe)
35212	Analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (kleine Gruppe)

Identifikation von qualitätsrelevanten Leistungen

Die in Tabelle 1 aufgezeigten Codes dürfen nur für Sitzungen nach Richtlinienpsychotherapie bzw. für probatorische Stunden dokumentiert werden. Bezogen auf die Erbringung/Inanspruchnahme einer Richtlinienpsychotherapie bzw. einer probatorischen Stunde sind die Abrechnungskodes daher eindeutig.

Hinsichtlich der psychotherapeutischen Leistung kann mithilfe der GOP differenziert werden zwischen:

- Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, analytischer Psychotherapie und Verhaltenstherapie
- Kurzzeittherapie und Langzeittherapie
- Einzelbehandlung und Gruppenbehandlung (zusätzlich bei Verhaltenstherapie: Gruppenbehandlung in der kleinen Gruppe und Gruppenbehandlung in der großen Gruppe).

Während die Abrechnungskodes bezogen auf die Erbringung/Inanspruchnahme einer Psychotherapie nach Richtlinie sensitiv und spezifisch sind, enthalten die Codes für sich gesehen keine Information dazu, um die wievielte Psychotherapiestunde es sich handelt. Dies kann nur indirekt mittels einer Gesamtschau über alle abgerechneten Therapiesitzungen eines Patienten bei einem Leistungserbringer abgeleitet werden. Abgesehen von der Probatorik finden sich in den Codes keine weiteren Informationen zur jeweiligen Therapiephase. Darüber hinaus gibt es nicht für alle qualitätsrelevanten Ereignisse oder Prozesse einen spezifischen Abrechnungskode. Es gibt spezifische Codes für die Einbeziehung von Bezugspersonen oder die Anwendung psychometrischer Tests, aber z.B. keine für die Kooperation von Psychotherapeuten mit anderen Leistungserbringern, die Zwischendiagnostik, die letzte Therapiestunde oder den Abbruch der Therapie.

Identifikation von Patienten

Patienten, die nach Psychotherapie-Richtlinie behandelt werden, sind in den Abrechnungsdaten ebenfalls anhand der GOP aus Tabelle 12 eindeutig identifizierbar. Da der ICD-10-GM-Katalog diagnosespezifische Codes enthält und für die Abrechnung auch Diagnosen dokumentiert werden, könnten auch diese für die Identifikation von Patienten mit bestimmten Erkrankungen herangezogen werden. In dem hier skizzierten diagnoseübergreifenden Verfahren, ist diese Möglichkeit allerdings nicht relevant, weshalb nicht näher darauf eingegangen wird.

Anhand der in Tabelle 12 dargestellten Codes lässt sich größtenteils nicht ableiten, ob es sich um einen Patienten in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie oder in Erwachsenentherapie handelt. Das Alter der Patienten aber liegt in den Abrechnungsdaten vor, sodass Patienten anhand dessen unterschieden werden können. Allerdings dürfen laut Psychotherapeuten-Gesetz Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Patienten grundsätzlich bis zum Alter von 21 Jahren behandeln. Psychotherapeutische Leistungserbringer ohne Genehmigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen dürfen grundsätzlich Patienten ab dem Alter von 18 Jahren behandeln. Daraus ergibt sich, dass Patienten im Alter zwischen 18 und 21 Jahren auch nicht anhand des Alters sicher zu einer Gruppe von Leistungserbringern zugeordnet werden können.

Wenn der ICD-Code herangezogen wird, um zwischen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zu unterscheiden, dann zeigt sich, dass bei den meisten Störungen gleiche ICD-Codes für Kinder und Jugendliche wie auch für Erwachsene genutzt werden. In den Abschnitten F8 und F9 sind zwar Codes für Störungen enthalten, die typischerweise im Kindes- oder Jugendalter auftreten, die meisten davon können grundsätzlich aber auch bei Erwachsenen kodiert werden. Die einzige Ausnahme wäre die Diagnosegruppe F93.-: Emotionale Störungen des Kindesalters. Eine Abgrenzung zwischen Kindern/Jugendlichen und Erwachsenen mittels ICD-Codes ist somit nur extrem begrenzt möglich.

4.2 Umsetzbarkeit der QS-Dokumentation (fallbezogen)

Relevant für die Umsetzbarkeit der fallbezogenen QS-Dokumentation in dem hier skizzierten QS-Verfahren ist insbesondere die möglichst gezielte Auslösung der Dokumentationspflicht bei bestimmten Leistungserbringern und Leistungen sowie bei bestimmten Patienten.

Für eine fallbezogene ambulante QS-Dokumentation wäre die Auslösung der Dokumentationspflicht innerhalb von Softwaresystemen der Leistungserbringer sinnvoll. Dies würde voraussetzen, dass jeder dokumentationspflichtige Leistungserbringer eine geeignete QS-Filter- und QS-Dokumentationssoftware verwendet, die die spezifikationskonforme Erfassung, Prüfung und Übermittlung der Datensätze erlaubt.

Die Auslösung der Dokumentationspflicht ist in der externen Qualitätssicherung regelhaft an Abrechnungsdaten geknüpft. Je gezielter eine Auslösung auf Basis von Abrechnungsdaten möglich ist, desto besser können Datenprüfroutinen (etwa eine Sollstatistik) implementiert werden.

Aus den in Abschnitt 4.1. dargestellten Sachverhalten lässt sich hinsichtlich der Möglichkeiten der Auslösung einer fallbezogenen QS-Dokumentation folgendes festhalten:

- Wie oben dargestellt können Leistungserbringer über die Abrechnung von für die Psychotherapie eindeutigen Codes (auf Ebene der Betriebsstättennummer) identifiziert werden. Somit ist eine gezielte Auslösung bei Leistungserbringern, die psychotherapeutische Leistungen entsprechend der Richtlinie erbringen, grundsätzlich möglich.
- Die gezielte Unterscheidung von Patienten in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie von Patienten in Erwachsenenpsychotherapie ist anhand der Abrechnungsdaten nicht möglich, da Patienten im Alter zwischen 18 und 21 Jahren in beiden Therapieformen behandelt werden können. Grundsätzlich könnte aber für ein mögliches QS-Verfahren eine Altersgrenze für die in das Verfahren einzuschließenden Patienten – z.B. ab 18 Jahre oder von 0 bis 18 Jahre – festgelegt werden. Dafür könnten Abrechnungsdaten genutzt werden. Um differenzierte Unterscheidungen zwischen den Zielgruppen (z.B. Abgrenzung der Kinder von den Jugendlichen oder exakte Zuordnung von Patienten zwischen 18 und 21 Jahren zur Erwachsenen- oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) müssten im Rahmen einer Verfahrensentwicklung gegebenenfalls inhaltliche Kriterien definiert werden.

- Die eindeutige Identifikation von Leistungen bzw. Ereignissen, zu denen die Auslösung einer QS-Dokumentation im Idealfall erfolgen sollte, ist anhand der Abrechnungsdaten nur für wenige Qualitätspotenziale in ausreichendem Maße gegeben. Dies liegt wie oben dargestellt daran, dass die Abrechnungskodes nicht eindeutig hinsichtlich der Anzahl von Therapiestunden sind und es darüber hinaus nicht für alle qualitätsrelevanten Ereignisse und Prozesse korrespondierende Abrechnungskodes gibt.

Zur Umsetzung einer fallbezogenen QS-Auslösung werden im Folgenden drei Vorgehensweisen mit ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen aufgezeigt, die sich (in unterschiedlichem Ausmaß) an in der externen Qualitätssicherung etablierten Vorgehensweisen zur QS-Auslösung orientieren: Der QS-Auslösung durch eine QS-Filter-Software (in Anlehnung an das Vorgehen in der esQS nach QSKH-RL, siehe Varianten 1 und 2) oder QS-Auslösung durch den Leistungserbringer selbst (in Anlehnung an das Vorgehen im Qualitätssicherungsverfahren nach QSD-RL, siehe Variante 3). Die Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Vorgehensweisen beziehen sich insbesondere auf den Dokumentationsaufwand und auf die Möglichkeit der Einbindung von Datenprüfverfahren (u.a. die Sollstatistik) vor Ort beim Leistungserbringer.

(1) Auslösung des Dokumentationsbogens durch eine QS-Filter-Software mittels für den Dokumentationsanlass spezifischen Abrechnungskodes

Dokumentationsanlässe können sich aus der konkreten Anzahl der Sitzungen oder aufgrund bestimmter qualitätsrelevanter Ereignisse oder Prozesse ergeben.

Durch (neu einzuführende) Abrechnungskodes für psychotherapeutische Sitzungen, an denen ablesbar wäre, um die wievielte Stunde es sich jeweils handelt, könnten Dokumentationsbögen mit spezifischem Bezug, z.B. zur 1., 5., 10. oder 20. Therapiestunde ausgelöst werden. Die korrekte Dokumentation der Codes wäre voraussichtlich gut überprüfbar und valide Angaben wären ohne zusätzliche Abrechnungsrelevanz der neu eingeführten Ziffer wahrscheinlich.

Für konkrete qualitätsrelevante Ereignisse oder Prozesse (z.B. Kooperation mit anderen Leistungserbringern, Zwischendiagnostik, letzte Therapiestunde) und für die eindeutige Unterscheidung, in welcher Therapieform sich Patienten im Alter zwischen 18 und 21 Jahren befinden, könnten weitere Codes geschaffen werden. Diese müssen abrechnungsrelevant sein, damit eine valide Dokumentation angenommen werden kann.

Vorteile wären:

- Eine spezifische Auslösung der QS-Dokumentation wäre möglich, d.h. die ausgelösten Bögen beziehen sich genau auf die Behandlungsepisoden oder -ereignisse und auf Patienten, zu denen dokumentiert werden soll.
- Die für eine Prüfung der Vollzähligkeit notwendigen Informationen (Zahl der dokumentationspflichtigen Fälle) können automatisiert und frühzeitig zur Verfügung gestellt werden.

Nachteile wären:

- Es müssten neue Abrechnungskodes eingeführt werden.

(2) Auslösung des Dokumentationsbogens durch eine QS-Filter-Software mittels der derzeit zur Verfügung stehenden Abrechnungskodes: einmal pro Quartal oder Jahr (mit Spezifizierung der Therapieepisode durch den Leistungserbringer)

Theoretisch ist eine Auslösung des Dokumentationsbogens durch eine QS-Filter-Software mittels der derzeit zur Verfügung stehenden Abrechnungskodes zu jeder einzelnen Psychotherapiestunde denkbar. Dies wäre jedoch mit einem sehr hohen, und im Hinblick auf die identifizierten Qualitätspotenziale unnötigen Dokumentationsaufwand für die Leistungserbringer verbunden. Demgegenüber scheint eine quartalsweise oder jährliche Auslösung des Dokumentationsbogens sinnvoll. Unter den gegenwärtigen Bedingungen ist die Auslösung der dokumentationspflichtigen Fälle allerdings nur quartalsbezogen möglich, d.h. ein Leistungserbringer muss für einen Patienten bis zu vier Mal pro Jahr (in jedem Quartal) eine fallbezogene Dokumentation anfertigen.

Um bei einer solchen quartalsbezogenen Erhebung eine möglichst aufwandsarme Dokumentation zu realisieren, könnte die ambulante fallbezogene QS-Dokumentation so strukturiert werden, dass zunächst gezielt Filterfragen gestellt werden, anhand derer der Leistungserbringer angibt, ob in diesem Quartal bestimmte qualitäts-

relevante Ereignisse oder Prozesse stattgefunden haben oder eine bestimmte Anzahl an Therapiestunden erreicht wurde. Anschließend wären, gesteuert über Feldabhängigkeiten auf dem Dokumentationsbogen, nur für diese erbrachte Leistung weitere indikatorrelevante Informationen (Teildatensätze) zu dokumentieren. Allerdings müssten in jedem Quartal, in dem der Patient beim Leistungserbringer war, mindestens die Filterfragen beantwortet werden.

Alternativ zu einer quartalsweisen Auslösung wäre vorstellbar, dass für jeden Patienten in ambulanter Psychotherapie nach Richtlinie eine jährliche Dokumentationspflicht ausgelöst wird. Dies hätte den Vorteil, dass das Auslösen möglicherweise unnötiger Dokumentationsbögen minimiert wird. Für ein solches Vorgehen liegen bisher keine praktischen Erfahrungen vor; dies müsste ausführlich erprobt werden.

Vorteile wären:

- Es müssen keine neuen Codes eingeführt werden.
- Die für eine Prüfung der Vollzähligkeit notwendigen Informationen (Zahl der dokumentationspflichtigen Fälle) können automatisiert und frühzeitig zur Verfügung gestellt werden.
- Bei Zuhilfenahme von übergeordneten Feldern muss nicht für jeden Patienten in jedem Quartal bzw. in jedem Jahr derselbe *komplette* QS-Bogen dokumentiert werden.
- Mithilfe der übergeordneten Felder könnten auch Teildatensätze für Patienten in Kinder- und Jugendtherapie bzw. Erwachsenentherapie ausgelöst werden.

Nachteile wären:

- Es müssen QS-Bögen dokumentiert werden (mindestens die Filterfelder), die möglicherweise nicht für die Indikatorenberechnung gebraucht werden (insbesondere bei quartalsweiser Auslösung).
 - Aber: Da alle Patienten mit Psychotherapie im QS-Verfahren eingeschlossen sind und die QS-Dokumentation für die Leistung einer Richtlinienpsychotherapie eindeutig ausgelöst werden kann, werden vom Verfahren nicht betroffene Patienten nicht erfasst.

(3) Auslösung des Dokumentationsbogens ohne spezifizierte QS-Filter-Software

Auch wenn regelhaft in der externen QS die Auslösung der dokumentationspflichtigen Fälle an eine Leistung bzw. Abrechnungsdaten gekoppelt ist, besteht grundsätzlich die Möglichkeit, die Dokumentation auch ohne spezifizierte QS-Filter-Software, beispielsweise durch den Leistungserbringer selbst (hier den Psychotherapeuten), auszulösen.

Bei einem QS-Verfahren auf Basis dieser Konzeptskizze würde – evtl. abgesehen von wenigen in einer Verfahrensentwicklung zu definierenden Ausnahmefällen – für alle Patienten in antragspflichtiger Richtlinienpsychotherapie eine Dokumentationspflicht bestehen. Daher wäre es denkbar, dass der Leistungserbringer zur QS-Auslösung bei Patienten bzw. Leistungen, für die eine Dokumentationspflicht besteht, verpflichtet wird, ohne dass zwingend eine bestimmte verpflichtend einzusetzende und an die Abrechnung gekoppelte QS-Filter-Software zum Einsatz kommen muss.

Allerdings können ohne einheitliche QS-Filter-Software die für die Prüfung der Vollzähligkeit notwendigen Informationen (Zahl der dokumentationspflichtigen Fälle) nicht automatisiert und frühzeitig zur Verfügung gestellt werden. Die Sollstatistik könnte alternativ bei der Bundesauswertungsstelle mithilfe von Sozialdaten erstellt werden. Dazu müssen bei der Bundesauswertungsstelle die Daten zu Therapiestunden je Patient über mehrere Jahre hinweg verfügbar sein. Darüber hinaus wäre eine Sollstatistik bei der Datenannahmestelle theoretisch möglich, allerdings wäre die Überprüfung der Einhaltung der Dokumentationsverpflichtung durch die Datenannahmestellen nur bei Implementierung neuer Prüfroutinen aufseiten der Datenannahmestellen möglich.

Vorteile wären:

- Es müssen keine neuen Codes eingeführt werden.
- Eine QS-Filtersoftware ist nicht notwendig.

Nachteile wären:

- Die für eine Prüfung der Vollständigkeit notwendigen Informationen (Zahl der dokumentationspflichtigen Fälle) sind nicht automatisiert und frühzeitig verfügbar.

Bei allen aufgeführten Varianten ist der Einsatz einer Dokumentationssoftware möglich, die so spezifiziert sein kann, dass die Leistungserbringer möglichst weitgehend bei der Dokumentation unterstützt werden. So sind in jedem Fall grundlegende Plausibilitätsprüfungen innerhalb des Dokumentationsbogens möglich. Je mehr Informationen zu Abrechnungsdaten in der Dokumentationssoftware vorliegen, desto mehr Möglichkeiten der Prüfung sind direkt in der Software beim Leistungserbringer implementierbar.

Unter Abwägung von Nutzen und Aufwand sowie den Einschätzungen zur Umsetzbarkeit scheint derzeit die beschriebene Variante 2, und zwar in Form der quartalsweisen Auslösung der Dokumentationspflicht beim Leistungserbringer die sinnvollste Möglichkeit der Auslösung einer fallbezogenen QS-Dokumentation zu sein. Zwar würden über diese Variante unter Umständen unnötige Dokumentationsbögen ausgelöst; der damit verbundene Aufwand wird jedoch als vertretbar eingeschätzt. Welche Variante der Auslösung in einem möglichen QS-Verfahren zur Anwendung kommt, muss unter Berücksichtigung der zu erhebenden, konkreten Indikatoren und im Rahmen einer Verfahrensentwicklung entschieden werden.

4.3 Umsetzbarkeit der QS-Dokumentation (einrichtungsbezogen)

Für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation ist es relevant, eine jeweils gezielte Auslösung bei Psychotherapeuten, die Richtlinienpsychotherapien durchführen, realisieren zu können. Wie oben dargestellt ist dies (auf Ebene der Betriebsstätte) mit den verfügbaren Codes möglich. Dokumentationspflichtig wären alle Psychotherapeuten, die zu einem festgelegten Zeitpunkt mindestens eine Psychotherapiestunde für einen Patienten abgerechnet haben.

Des Weiteren ist es relevant, eine Differenzierung nach Therapeuten, die Kinder- und Jugendliche behandeln sowie nach Therapeuten, die Erwachsene behandeln, vornehmen zu können. Dafür könnte ein für die jeweilige Therapeutengruppe spezifischer QS-Filter zur Auslösung definiert und in eine jeweils spezifische QS-Software implementiert werden.¹⁹

Die Auslösung einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation gemäß den Anforderungen eines hier skizzierten möglichen QS-Verfahrens ist demnach möglich.

Im Zusammenhang mit Beratungen des G-BA und des AQUA-Instituts zur Umsetzung einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation in der externen Qualitätssicherung kam die Frage auf, ob die Implementierung einer QS-Software zu aufwendig ist. Daher wurden auch andere Lösungen, z.B. ein Onlineportal, diskutiert. Diese Diskussionen sind noch nicht abgeschlossen. Geklärt werden müsste, wie die Leistungserbringer sicher erfahren, dass sie dokumentationspflichtig sind.

¹⁹ Therapeuten mit beiden Zulassungen müssten (sofern zwei verschiedene QS-Verfahren eingesetzt werden) ggf. beide Software-Lösungen implementieren. Bei der fallbezogenen QS-Dokumentation ist diese Möglichkeit (sofern über Abrechnungsdaten ausgelöst wird) nicht geeignet, da eine Differenzierung auf Fallebene aufgrund des Fehlens spezifischer Codes nicht möglich ist und so die gleichen Fälle doppelt ausgelöst würden.

4.4 Umsetzbarkeit der Spezifikation der Sozialdaten bei den Krankenkassen

Über die Sozialdaten bei den Krankenkassen können alle Informationen erhoben werden, die als abbildbar eingestuft sind. Zu berücksichtigen ist, dass diese erst mit einer recht hohen Latenz zur Auswertung zur Verfügung stehen. So können entsprechend erhobene Daten erst im zweiten Jahr nach der Datenerhebung zurückgespiegelt werden.

Mittels der über die Spezifikation der Sozialdaten bei den Krankenkassen erhobenen Daten können Beginn und Ende von Psychotherapien derzeit nicht über einen spezifischen Kode identifiziert werden. Der Beginn einer Psychotherapie könnte allerdings hilfsweise definiert werden, z.B. als die erste abgerechnete therapeutische Sitzung nach probatorischer Sitzung oder bereits mit der Abrechnungsziffer für eine probatorische Sitzung. Bei letztgenannter Möglichkeit würden jedoch auch Daten von Patienten erhoben werden, die anschließend keine Psychotherapie erhalten. Eigene Berechnungen ergaben allerdings, dass für 12,8 % der Patienten in der gebildeten Kohorte (vor Kurzzeittherapie, siehe Abschnitt 2.1.2) keine probatorische Sitzung innerhalb von 365 Tagen vor der ersten Therapiestunde bei derselben Betriebsstätte abgerechnet wurde. Dies ist ein Hinweis darauf, dass bei einer Reihe von Patienten keine Probatorik vor Beginn der Psychotherapie abgerechnet wird. Somit ist die sichere Identifizierung des Therapiebeginns mithilfe eines Kodes zur Probatorik nicht möglich.

Gemäß §11 Abs. 13 Psychotherapie-Vereinbarung ist die Unterbrechung einer laufenden Psychotherapie für einen Zeitraum von mehr als einem halben Jahr nur zulässig, wenn sie besonders begründet wird. Das Ende einer Psychotherapie könnte demnach als Zeitraum von etwa 6 Monaten ohne neu abgerechnete Therapiestunde festgelegt werden. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass die Patienten, bei denen eine besondere Begründung für die Therapieunterbrechung vorliegt, nicht gesondert in den Sozialdaten identifiziert werden können. Analog – und mit gleicher Einschränkung – kann der Therapiebeginn definiert werden als abgerechnete Therapiestunde, vor der in einem Zeitraum von 6 Monaten keine weitere Therapiestunde abgerechnet wurde.

4.5 Umsetzbarkeit der Befragungen von Patienten und Bezugspersonen

Eine Patientenbefragung im Rahmen eines QS-Verfahrens zur Versorgung mit Psychotherapie unterliegt grundsätzlich denselben technischen Rahmenbedingungen wie alle Patientenbefragungen im Rahmen der gesetzlichen QS nach §137a SGB V. Die gesetzliche Grundlage der bisher entwickelten Patientenbefragungen wird zurzeit erarbeitet. Nach den jetzt bestehenden Regelungen ist die Patientenbefragung nicht umsetzbar. Ein Befragungsinstrument für Bezugspersonen wurde noch nicht entwickelt. Im Folgenden werden Umsetzungsmöglichkeiten einer Befragung von Patienten und Bezugspersonen diskutiert, vorbehaltlich der Schaffung der Voraussetzungen, die für eine Umsetzbarkeit grundsätzlich notwendig wären.

Für die Umsetzbarkeit einer Patientenbefragung in einem möglichen QS-Verfahren gemäß vorliegender Konzeptskizze ist es insbesondere relevant, dass der Patient den Fragebogen zu jeweils angemessenen Zeitpunkten erhält. Dabei bestehen für die Erhebung der Prozessqualität und für die Erhebung der Ergebnisqualität unterschiedliche Anforderungen:

- Für Befragungen zur Prozessqualität sollte der Patient die Unterlagen möglichst zeitnah zu den in der Therapie erfolgten qualitätsrelevanten Prozessen erhalten, damit erforderliche Informationen hierzu noch in Erinnerung des Patienten sind und möglichst detailliert erhoben werden können.
- Die Erfassung der Ergebnisqualität mittels indirekter Veränderungsmessung erfordert, dass die Patienten den Fragebogen zur Erfassung der Prä-Werte zu einem sehr frühen Zeitpunkt der Therapie, bestenfalls zur ersten probatorischen Sitzung erhalten. Des Weiteren ist mindestens ein weiterer Befragungspunkt, zum Therapieende oder – für eine Katamnese – in einem definierten zeitlichen Abstand nach Therapieende, notwendig. Für Mehrzeitpunktmessungen sind weitere Messzeitpunkte im Verlauf der Therapie notwendig. Um einen validen Leistungserbringervergleich ermöglichen zu können, ist es insbesondere hinsichtlich der Ergebnisqualität relevant, dass die verschiedenen Patienten zu vergleichbaren Zeitpunkten bzw. Phasen der Therapie den Fragebogen ausfüllen. Zu welchen Zeitpunkten Mehrzeitpunktmessungen und Katamnese erfolgen sollten, müsste im Rahmen der Verfahrensentwicklung definiert werden (siehe Abschnitt 2.4.52.4.5).

Die Ermittlung von Patienten, die potenziell an einer Patientenbefragung teilnehmen, könnte sowohl über Sozialdaten, als auch über einen QS-Filter beim Leistungserbringer erfolgen. Dabei gelten die oben jeweils beschriebenen, prinzipiellen Einschränkungen einer Auslösung einer Patientenbefragung über diese Datenquellen.

Auslösung einer Patientenbefragung über Sozialdaten

Da der ambulante Abrechnungsdatensatz gemäß §295 SGB V erst ca. 8 Monate nach Ende eines Abrechnungsquartals in den Sozialdaten verfügbar ist (siehe Abschnitt 2.4.1), ist mit einem Verzugszeitraum von 8 bis 11 Monaten zwischen stattgefundener Therapiestunde und Versendung des Fragebogens zu rechnen; je nachdem, zu welchem Zeitpunkt im Quartal die Leistung erbracht wurde. Will man die Patienten jeweils in einem möglichst gleichen Zeitabstand zum Therapiebeginn befragen, wären daher lediglich Befragungen im Zeitabstand von 11 Monaten nach Beginn der Therapie oder später möglich. Bei einer Auslösung über einen Kode zur probatorischen Stunde wäre der Zeitabstand zum Beginn der Therapie zwar unter Umständen kürzer, jedoch gilt zu bedenken, dass eine sichere Identifizierung des Therapiebeginns mithilfe eines Kodes zur Probatorik nicht möglich ist (siehe oben): Patienten, bei denen keine probatorische Stunde abgerechnet wurde, würden keinen Fragebogen erhalten. Bei Nutzung ausschließlich der probatorischen Stunde als Auslöser der Patientenbefragung würden auch Patienten ohne Therapie bei dem betreffenden Therapeuten einen Fragebogen erhalten.

Aufgrund der beschriebenen zeitlichen Verzögerung ist eine Erfassung der Prä-Werte für die Ergebnisqualität unmöglich. Aufgrund des großen Zeitabstands können außerdem die für die Anfangsphase der Therapie erforderlichen Informationen zur Prozessqualität aller Voraussicht nach nicht ausreichend valide erfasst werden.

Allerdings ist über die Sozialdaten eine Auslösung der Patientenbefragung nach dem Therapieende denkbar: Wie oben beschrieben könnte – mit den dargelegten Einschränkungen – für die Feststellung des Therapieendes ein Zeitraum von etwa 6 Monaten ohne neu abgerechnete Therapiestunde als Hinweis auf ein faktisches Therapieende festgelegt werden. Bei dieser theoretisch möglichen Auslösung käme es zu einer zusätzlichen zeitlichen Verzögerung von insgesamt 14 bis 17 Monaten zwischen angenommener letzter Therapiestunde und der Befragung. Befragungen zur Prozessqualität wären nach dieser großen Zeitverzögerung wenig sinnvoll. Ob dieser zeitliche Abstand angemessen ist, um einen kausalen Zusammenhang zwischen Ergebnisparametern und erbrachter Leistung zu stellen, müsste im Rahmen der Verfahrensentwicklung überprüft werden (siehe Abschnitt 2.4.5). Zumindest ist es grundsätzlich denkbar, die Prä-Werte zur Ergebnisqualität über die fallbezogene QS-Dokumentation zu erfassen und in einer über die Sozialdaten ausgelösten Befragung nach Ende der Therapie Parameter für eine Katamnese zu erheben.

Zur Zusammenführung der unterschiedlichen Datensätze müssten allerdings je Patient die gleichen Patientenpseudonyme zu der der fallbezogenen QS-Dokumentation und zu den Patientenbefragungsbögen generiert werden und daher die patientenidentifizierenden Daten in beiden Instrumenten vorhanden sein. Die Pseudonyme müssten darüber hinaus so lange gültig bleiben wie es für das zu entwickelnde Auswertungskonzept notwendig wäre.

Um den zeitlichen Abstand zwischen Therapieende und Befragung zu verkürzen (auf 11 Monate nach Therapieende), müsste ein möglichst abrechnungsrelevanter Kode eingeführt werden, anhand dessen sich das Therapieende identifizieren lässt. Denkbar wäre z.B. ein Kode zur Abrechnung eines Abschlussgesprächs. Dabei bleibt das Problem bestehen, dass einige Patienten die Therapie ohne Vorankündigung abrechnen und die letzte stattfindende Therapiestunde erst mit ggf. erheblicher Zeitverzögerung als solche vom Leistungserbringer identifiziert wird (siehe Abschnitt 2.4.5). Die Auslösung einer Befragung würde für diese Fälle dann entfallen.

Auslösung einer Patientenbefragung über einen QS-Filter beim Leistungserbringer

Vorab ist anzumerken, dass die oben beschriebene Variante 3 einer Auslösung der fallbezogenen QS-Dokumentation ohne spezifizierte QS-Filter-Software beim Leistungserbringer für die Auslösung der Patientenbefragung eher ungeeignet ist, da die in dieser Variante möglichen Prüfroutinen erst mit einer Zeitverzögerung wirksam werden. Die Auslösung der Patientenbefragung beim Leistungserbringer sollte an eine Leistung bzw. an Abrechnungsdaten gekoppelt sein und mittels Software erfolgen, um mögliche Fehler des Leistungserbringers, wie z.B. ein Vergessen der Auslösung, unmittelbar zu vermeiden. Nur so kann gewährleistet werden, dass

alle für die Befragung vorgesehenen Patienten den Fragebogen zum festgelegten Zeitpunkt erhalten. Im Folgenden wird deshalb eine an die Abrechnung gekoppelte Auslösung diskutiert.

Bei einer Auslösung über einen QS-Filter beim Leistungserbringer kommt es aufgrund der quartalsweisen Abrechnung ebenfalls zu Zeitverzögerungen. Allerdings beläuft sich diese, je nachdem zu welchem Zeitpunkt im Quartal die betreffende Leistung stattfand und zu welchem Zeitpunkt der Abrechnungskode dokumentiert wurde, lediglich auf bis zu ca. 3 Monate zwischen erfolgter Leistung und Auslösung der Befragung.

Zur Erfassung der Prä-Werte für die Ergebnisqualität ist diese Form der Auslösung bestenfalls eingeschränkt geeignet, denn selbst bei Verwendung eines Kodes zur probatorischen Stunde ist nicht gewährleistet, dass die Therapie zum ausgelösten Befragungszeitpunkt noch nicht begonnen hat. Wird in Erwägung gezogen, die Prä-Werte zur Ergebnisqualität über die fallbezogene QS-Dokumentation zu erfassen und weitere Messzeitpunkte im Verlauf bzw. nach Ende der Therapie über eine Patientenbefragung zu erheben, sind folgende Aspekte zu beachten:

- Es ist denkbar, standardisierte Befragungszeitpunkte als Zeitabstand zum Therapiebeginn (z.B. 6 Monate, 12 Monate, 18 Monate nach Therapiebeginn) umzusetzen, denn über die in Abschnitt 4.2 beschriebenen Varianten wäre die Identifikation des Therapiebeginns möglich. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass die befragten Patienten zum Zeitpunkt der Befragung aufgrund anzunehmender unterschiedlicher Therapiefrequenzen unterschiedlich viele Therapiestunden erhalten haben.
- Eine zu einem standardisierten Zeitpunkt stattfindende Befragung nach Therapieende lässt sich nur bei Einführung eines Abrechnungskodes zum Therapieende umsetzen. Läge ein solcher Kode vor, wäre ein für alle Patienten gleicher Befragungszeitpunkt im Zeitabstand ab mindestens 3 Monate nach Therapieende umsetzbar. Allerdings besteht auch hier das Problem, dass die letzte stattfindende Therapiestunde evtl. erst mit – ggf. erheblicher – Zeitverzögerung vom Leistungserbringer identifiziert wird (siehe Abschnitt 2.4.5).

Ein großer Teil der über eine Patientenbefragung zu erhebenden Aspekte der Prozessqualität kann bzw. muss zu einem eher frühen Zeitpunkt im Therapieverlauf erhoben werden. Hierfür erscheint eine Befragung in einem Zeitraum von beispielsweise 6 Monaten nach Therapiebeginn sinnvoll. In diesem Zeitraum müssten bereits eine Reihe von Therapiestunden stattgefunden haben, sodass Fragen zu den betreffenden Qualitätspotenzialen grundsätzlich gut durch die Patienten zu beantworten wären. Wie beschrieben wäre ein solcher Befragungszeitpunkt umsetzbar. Auch hier ist zu berücksichtigen, dass die befragten Patienten eine jeweils unterschiedliche Anzahl an Therapiestunden zum Zeitpunkt der Befragung erhalten haben.

Das Qualitätspotenzial „Zugang nach Ende der Therapie“ müsste bei/nach Beendigung der Therapie erfasst werden. Eine an die Abrechnung gebundene Auslösung beim Leistungserbringer würde einen für das Therapieende spezifischen Abrechnungskode erfordern.

Relevant für die Umsetzung einer Patientenbefragung sind zudem die Möglichkeiten der Generierung einer Adressliste der Patienten. Bei einer Auslösung über einen QS-Filter beim Leistungserbringer könnten die entsprechenden, über die elektronische Gesundheitskarte im System des Leistungserbringers vorhandenen Adressdaten an eine Versendestelle weitergeleitet werden.²⁰ Abgesehen von den Nachteilen hinsichtlich der zeitlichen Verfügbarkeit der Sozialdaten ist die Generierung einer Adressliste grundsätzlich auch aus den Sozialdaten heraus möglich. Die entsprechenden Filterkriterien können von den Krankenkassen angewendet, Adressdateien erzeugt und an eine externe Versendestelle übermittelt werden.

Die für eine Patientenbefragung dargestellten Sachverhalte zu QS-Auslösung, Befragungszeitpunkten und der Erhebbarkeit von Prozess- und Ergebnisqualität gelten analog auch für eine Befragung von Bezugspersonen. Im Sinne der Definition klarer Einschlusskriterien sollte für die QS-Auslösung einer Befragung von Bezugspersonen eine obere Altersgrenze „der Patienten“ festgelegt werden. Ein entsprechender Altersfilter könnte gesetzt werden.

Es ist allerdings davon auszugehen, dass die Implementierung einer Befragung von Bezugspersonen noch komplexer ist, als es sich derzeit bei der Umsetzung einer Patientenbefragung darstellt. Sollte eine Befragung von

²⁰ Die Konkretisierung dieses Datenflusses und den Ort der Fragebogenversendung ist derzeit Gegenstand der Diskussionen im G-BA.

Bezugspersonen im Rahmen einer Verfahrensentwicklung in Erwägung gezogen werden, wäre es denkbar, dass Adresslisten von Bezugspersonen über die Adressdaten der elektronischen Gesundheitskarte des Kindes im Praxisverwaltungssystem generiert werden. Auf diese sollte ein QS-Filter, entsprechende Schnittstellen vorausgesetzt, zugreifen können. Analog könnte auch in den Sozialdaten auf die Adresse des Kindes als mögliche Adresse von Bezugspersonen zurückgegriffen werden.

4.6 Bewertung der Abbildbarkeit von Qualitätspotenzialen unter Berücksichtigung der Umsetzbarkeit

Die grundsätzliche Abbildbarkeit der Qualitätspotenziale mittels der verfügbaren Erhebungsinstrumente unter gegebenen Rahmenbedingungen wurde in Abschnitt 2.4.5 dargestellt. Diese Einschätzungen werden im folgenden Abschnitt unter Berücksichtigung der Umsetzbarkeit – z.T. auch unter Berücksichtigung hypothetisch geänderter Rahmenbedingungen – erneut bewertet.

Sozialdaten

In Abschnitt 2.4.5 ist dargestellt, dass sich über die Sozialdaten bei den Krankenkassen lediglich einige Aspekte der Prozessqualität abbilden lassen. Nach Prüfung der Umsetzbarkeit ist dies weiterhin gegeben. Allerdings ist mit einem erheblichen zeitlichen Verzug hinsichtlich der Verfügbarkeit der Daten zu etwaigen Auswertungen zu rechnen.

Überdies gelten hier weiterhin die derzeitigen bzw. systemimmanenten Einschränkungen: Es würden nur GKV-Patienten erfasst, etwaige Leistungen im Rahmen von Selektivverträgen oder IV-Programmen blieben voraussichtlich unberücksichtigt.

Fallbezogene QS-Dokumentation

Um Messergebnisse aus Instrumenten zur Erfassung der Ergebnisqualität mittels fallbezogener QS-Dokumentation zu erheben, muss die Anwendung der dafür geeigneten Messinstrumente verbindlich vorgeschrieben sein. Nur auf diese Weise kann erreicht werden, dass die bei den einzelnen Psychotherapeuten erhobenen Informationen untereinander vergleichbar sind. Wie in Abschnitt 2.4.5 dargelegt, sind diese Voraussetzungen derzeit nicht gegeben, sodass die Ergebnisqualität über eine fallbezogene QS-Dokumentation derzeit nicht abbildbar ist. Daher müssten zunächst entsprechende Standards bezüglich des Einsatzes von bestimmten Messinstrumenten durch den G-BA festgelegt werden.

Wären diese Voraussetzungen erfüllt, wäre eine Messung der Ergebnisqualität in Form der indirekten Veränderungsmessung und mittels Fremd- und Selbstbeurteilung möglich (siehe Abschnitt 2.4.5). Über die fallbezogene QS-Dokumentation wären Beurteilungen zu Therapiebeginn, im Verlauf sowie zum Therapieende umsetzbar. Die Messzeitpunkte im Verlauf könnten sich z.B. an der Anzahl erfolgter Therapiestunden (z.B. 5., 10., 20. Stunde), an dem Zeitabstand zum Therapiebeginn (z.B. 3, 6, 12 Monate nach Therapiebeginn) oder an bestimmten Therapiephasen orientieren. Für die Messungen zum Therapieende muss, wie bereits beschrieben, aus unterschiedlichen Gründen (z.B. Therapieabbruch, Wohnortwechsel des Patienten) mit einer nicht zu vernachlässigenden Drop-out-Rate gerechnet werden, weshalb eine Messung zum Therapieende beim Therapeuten nicht immer möglich sein wird.

Über eine fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer sind Erhebungen zur Katamnese derzeit nicht abbildbar, da in der Psychotherapie-Richtlinie derzeit nicht vorgesehen ist, dass jeder Patient zu einem definierten Zeitpunkt nach Therapieende eine Nachbeobachtung beim Psychotherapeuten erhält (siehe Abschnitt 2.4.5).

Eine Abbildung der Prozessqualität wäre unter den aktuellen Voraussetzungen bei einer QS-Auslösung sowohl über die Variante 2 als auch über die Variante 3 (siehe Abschnitt 4.2) umsetzbar. Die Abbildbarkeit der einzelnen Qualitätspotenziale entspricht demnach den in Abschnitt 2.4.5 dargelegten Einschätzungen.

Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

Über eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation ist die Ergebnisqualität nicht abbildbar. Die Qualitätspotenziale zur Prozessqualität sind, wenn auch zum Teil eingeschränkt, abbildbar (siehe Abschnitt 2.4.4). Nach Prüfung der Umsetzbarkeit ist dies weiterhin gegeben.

Patientenbefragungen

Mit Blick auf die möglichen Befragungszeitpunkte ergeben sich unterschiedliche Umsetzungsoptionen bzw. -probleme für die Erfassung der Ergebnis- und der Prozessqualität (siehe Abschnitt 4.5).

Unter den gegenwärtigen Bedingungen sind indirekte Veränderungsmessungen zur Ergebnisqualität allein über eine Patientenbefragung nicht möglich, da eine Abbildung der Prä-Werte nicht umsetzbar ist. Dies würde eine Lösung der oben genannten Probleme im Zusammenhang mit der zeitnahen Auslösung des Therapiebeginns zwingend voraussetzen. Mehrzeitpunktmessungen im Therapieverlauf wären möglich; im Gegensatz zur fallbezogenen QS-Dokumentation allerdings lediglich orientiert an dem Zeitabstand zum Therapiebeginn und nicht zum Zeitpunkt einer bestimmten Anzahl erfolgter Therapiestunden. Bei Auslösung der Patientenbefragung über einen QS-Filter beim Leistungserbringer wären Zeitabstände etwa ab 3 Monaten zum Therapiebeginn möglich; bei einer Auslösung über die Sozialdaten würde sich der kleinste Zeitabstand auf 11 Monate nach Therapiebeginn belaufen.

Über eine Patientenbefragung wäre zudem eine Katamnese möglich. Unter den derzeitigen Bedingungen könnte diese über die Sozialdaten im Zeitabstand von etwa 17 Monaten nach Therapieende ausgelöst werden. Bei Einführung eines Codes, mit dem das Therapieende identifiziert werden kann, wäre eine Katamnese mit Auslösung über die Sozialdaten im Zeitabstand von 11 Monaten nach Therapieende, bei Auslösung über einen QS-Filter beim Leistungserbringer im Zeitabstand von 3 Monaten oder später nach Therapieende möglich. Bei der Auslösung über einen QS-Filter muss berücksichtigt werden, dass für die Patienten, bei denen das Therapieende nicht rechtzeitig festgestellt werden kann, eine Befragung zum festgelegten Zeitpunkt nicht realisiert werden kann.

Mit Ausnahme des Qualitätspotenzials „Zugang nach Ende der Therapie“ wären alle Qualitätspotenziale zur Prozessqualität auch unter Berücksichtigung der Umsetzbarkeit wie in Abschnitt 2.4.5 eingeschätzt abbildbar. Bei Einführung eines Abrechnungskodes zum Therapieende wäre auch das Qualitätspotenzial „Zugang nach Ende der Therapie“ abbildbar.

Tabelle 13: Abbildbarkeit der identifizierten Qualitätspotenziale unter Berücksichtigung der Umsetzbarkeit

Qualitätspotenzial	Sozialdaten	QS-Doku: fallbezogen	QS-Doku: einrichtungs- bezogen	Patienten- befragung/ Befragung von Bezugsperso- nen***
Qualitätsrelevante Prozesse (Prozessqualität)				
Eingangsdiagnostik	(+)	+	+	(+)
Aufklärung und Partizipative Entscheidungsfindung	-	(+)	(+)	+
Erarbeitung individueller Therapieziele	-	+	(+)	+
Einbezug von Bezugspersonen	+	+	(+)	+
Therapiebegleitende Diagnostik	(+)	+	+	(+)
Kooperation	-	+	+	(+)
Zugang nach Ende der Therapie	(+)	+	+	-**
Patientenrelevante Endpunkte (Ergebnisqualität)				
Veränderung der Symptomatik	-	-*	-	-**

Qualitätspotenzial	Sozialdaten	QS-Doku: fallbezogen	QS-Doku: einrichtungs- bezogen	Patienten- befragung/ Befragung von Bezugspersonen***
Veränderung der Funktionalität	-	-*	-	-**
Veränderung der Lebensqualität	-	-*	-	-**
Zielerreichung	-	-*	-	-**

Legende:

- + = Die zur Abbildung des Qualitätspotenzials benötigte Qualitätsinformation kann ohne erhebliche Einschränkung aus der Datenquelle mit einem entsprechend spezifizierten Instrument erhoben werden. Dabei kann es aber z.B. sein, dass eine Datenquelle allein nicht ausreicht, sondern die gewünschten Informationen erst im Zusammenspiel mit anderen Datenquellen erhoben werden können.
- (+) = Die zur Abbildung des Qualitätspotenzials benötigte Qualitätsinformation kann nur mit erheblichen Einschränkungen aus der Datenquelle erhoben werden. Darunter ist zu verstehen, dass eine Erhebung der gewünschten Informationen entweder nur eingeschränkt möglich ist (z.B. durch Ausschluss von Teilpopulationen) oder aber mit einem unverhältnismäßigen Erhebungsaufwand (z.B. sehr aufwendige Spezifizierung eines Instrumentes) verbunden ist.
- = Die zur Abbildung des Qualitätspotenzials benötigte Qualitätsinformation ist in der Datenquelle nicht verfügbar bzw. sie kann auch mit einem entsprechend spezifizierten Instrument nicht oder in nicht ausreichender Güte erhoben werden
- * = ist unter der Voraussetzung abbildbar, dass der G-BA Standards zum verpflichtenden Einsatz bestimmter Messinstrumente festgelegt
- ** = ist nur in Kombination mit einer fallbezogenen QS-Dokumentation (Erhebung der Prä-Werte) abbildbar
- *** = Die Umsetzung von Befragungen von Patienten und Bezugspersonen ist derzeit nicht geregelt, trotzdem wurden hier vorbehaltliche Einschätzungen gemacht

4.7 Auswertung und Berichterstattung

Grundsätzlich gilt es zu bedenken, dass der oft lange Zeitraum zwischen Beginn und Ende einer Psychotherapie, die individuell sehr unterschiedlichen Therapiedauern und -frequenzen sowie die schwankenden und teilweise geringen Fallzahlen je Leistungserbringer hohe Anforderungen an das Auswertungskonzept eines zukünftigen QS-Verfahrens stellen werden. Um das Problem der für einen Leistungserbringervergleich zu geringen Fallzahlen zu entschärfen, sollten bspw. Indexbildungen oder aber auch eine zusammenfassende Auswertung von Indikatoren über mehrere Jahre in Betracht gezogen werden.

Des Weiteren ist anzumerken, dass es zur Betrachtung von Verläufen über mehrere Quartale und Jahre erforderlich ist, dass mehrere Datensätze zu einem Patienten zuverlässig zusammengeführt werden können. Dafür ist nicht nur die Übermittlung von patientenidentifizierenden Daten notwendig, sondern insbesondere angesichts der teilweise sehr langen Behandlungszeiträume ist es erforderlich, dass im Zusammenhang mit der Übermittlung der einzelnen Datensätze zu einem Fall die Patientenpseudonyme über einen entsprechend langen Zeitraum konstant bleiben, um eine Zusammenführung dieser Datensätze überhaupt gewährleisten zu können.

Zur Umsetzung der Betrachtung von Verläufen über mehrere Quartale und Jahre, müssten Betrachtungszeiträume und Auswertungsintervalle verlängert werden. Teilweise kann es dabei sinnvoll sein, die entsprechenden Ergebnisse beispielsweise in Form von gleitenden Durchschnittswerten oder kumulativen Summenplots darzustellen (vgl. Methodenpapier des AQUA-Instituts²¹). Zuletzt gilt für alle Parameter der Ergebnisqualität, dass für diese die Entwicklung eines sehr komplexen Risikoadjustierungsmodells erforderlich wäre.

²¹ AQUA (2015). Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V. Version 4.0 (Stand: 17. Februar 2015). Göttingen: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen.

4.8 Gegenüberstellung der fallbezogenen und der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation vor dem Hintergrund von Aufwand und Nutzen im Rahmen eines möglichen QS-Verfahrens zur ambulanten Psychotherapie

Bei einer Gegenüberstellung der fallbezogenen und der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer im Hinblick auf den **Nutzen** sind insbesondere die Abbildbarkeit der identifizierten Qualitätspotenziale und die Möglichkeiten eines Leistungserbringervergleichs zu diskutieren.

Abbildbarkeit der identifizierten Qualitätspotenziale

Über eine fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer wären unter derzeitigen Bedingungen alle ermittelten Qualitätspotenziale zur Prozessqualität uneingeschränkt abbildbar, mit Ausnahme des Potenzials „Aufklärung und Partizipative Entscheidungsfindung“, für dessen vollständige Abbildung eine Patientenbefragung notwendig wäre. Für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer werden Einschränkungen der Abbildbarkeit zusätzlich für die Potenziale „Erarbeitung individueller Therapieziele“ und „Einbezug von Bezugspersonen“ gesehen, da für die adäquate Abbildung dieser Potenziale eine Berücksichtigung fallbezogener Informationen notwendig wäre.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Aussagekraft eines Prozessindikators durch den Fallbezug erhöht ist, da jeder Einzelfall in die Berechnung des Indikators einfließt und das Erfüllen bestimmter prozessbezogener Qualitätskriterien für jede einzelne Behandlung betrachtet wird. Für alle im Rahmen der Konzeptskizze ermittelten Qualitätspotenziale zur Prozessqualität sind sinnvolle fallbezogene Prozessindikatoren denkbar, sodass diesbezüglich einer fallbezogenen QS-Dokumentation ein höherer Nutzen als einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation zuzuschreiben wäre. Einschränkend ist anzumerken, dass sich *strukturnahe* Prozessparameter einrichtungsbezogen gut, aber fallbezogen i.d.R. nicht sinnvoll erfassen lassen. Relevante strukturnahe Prozessparameter für die Psychotherapie lassen sich insbesondere für die Qualitätspotenziale mit Bezug zur Kooperation und Diagnostik definieren. Über eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation ließe sich beispielsweise die Einbindung in Kooperations- und Netzwerkstrukturen, die verbindliche telefonische Erreichbarkeit eines Leistungserbringers oder die routinemäßige Anwendung bestimmter diagnostischer Verfahren gut erheben.

Ein wesentlicher, für ein mögliches QS-Verfahren zur Psychotherapie stark ins Gewicht fallender Vorteil der fallbezogenen gegenüber der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation ist die grundsätzliche Möglichkeit der Erhebung der Ergebnisqualität. Der Nutzen einer fallbezogenen QS-Dokumentation würde für ein QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie deutlich erhöht werden und den Nutzen einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation weit übertreffen, wenn die in Abschnitt 2.4.5 beschriebenen Voraussetzungen zur Abbildung der Ergebnisqualität gegeben wären.

Möglichkeiten eines Leistungserbringervergleichs

Da die über eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation erfassten Qualitätsindikatoren nicht fallbezogen sein müssen, besteht hierüber eine höhere Chance, valide Leistungserbringervergleiche trotz geringer Fallzahlen zu ermöglichen. Vor dem Hintergrund der teilweise geringen und schwankenden Fallzahlen pro Leistungserbringer im Bereich der ambulanten Psychotherapie kommt einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation daher Bedeutung zu. Allerdings ließe sich das Problem der geringen Fallzahlen durch eine zusammenfassende Auswertung fallbezogener Indikatoren über mehrere Jahre verringern. Die Diskriminationsfähigkeit könnte außerdem durch Indexbildungen verbessert werden. Letztlich lassen sich konkrete Aussagen zur Diskriminationsfähigkeit nur auf Grundlage empirischer Daten bzw. erster Indikatorberechnungen treffen, sodass an dieser Stelle noch keine abschließende Bewertung zum Nutzen einer fallbezogenen gegenüber einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation in Bezug auf die Möglichkeiten eines Leistungserbringervergleichs erfolgen kann.

Relevante Unterschiede im Hinblick auf den **Aufwand** einer fallbezogenen gegenüber einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer bestehen vorwiegend im Hinblick auf den Dokumentationsaufwand beim Leistungserbringer, den Anforderungen an eine Software und den Aufwand für die Datenauswertung:

Dokumentationsaufwand beim Leistungserbringer

Eine fallbezogene QS-Dokumentation wäre für ein QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie mit einem höheren Dokumentationsaufwand als eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation verbunden. Bei Umsetzung der in Abschnitt 4.2 dargestellten Variante einer quartalsweisen Dokumentation müsste für jeden im jeweiligen Quartal behandelten Patienten ein Dokumentationsbogen ausgefüllt werden. Je nachdem, in welcher Therapiephase sich der Patient befindet, wäre der Dokumentationsaufwand dabei unterschiedlich hoch. Eine einrichtungsbezogene Erhebung wäre hingegen unabhängig von der Anzahl behandelter Patienten und müsste nur einmal pro definierten Erfassungszeitraum erfolgen. Sinnvoll wäre aus derzeitiger Sicht eine Anwendung der einrichtungsbezogenen Dokumentation im Zeitintervall von maximal einem Jahr, im Anbetracht der in einer Einrichtungsbefragung zu erhebenden Qualitätsparameter würden ggf. auch Zeitintervalle von zwei oder drei Jahren ausreichend sein.

Auch wenn der Dokumentationsaufwand bei einer fallbezogenen QS-Dokumentation *im Vergleich* mit der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation als hoch einzustufen ist, erscheint die Forderung einer quartalsweisen, fallbezogenen Dokumentation für die Psychotherapiepatienten vertretbar, zumal die behandlungsbegleitende Dokumentation ggf. die ohnehin notwendige Reflexion des Therapeuten über die Behandlung – zumindest Teilbereiche betreffend – mit sich bringt.

Anforderungen an eine Software

Mutmaßlich sind für eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation weniger komplexe Softwarelösungen als für eine fallbezogene QS-Dokumentation notwendig. Für erstere wären auch andere Wege der Datenerhebung, beispielsweise über ein Onlineportal, denkbar.

Aufwand für die Datenauswertung

Der Auswertungsaufwand der über die fallbezogene QS-Dokumentation erhobenen Daten würde deutlich höher ausfallen als für die einrichtungsbezogenen Daten. Unter anderem liegt dies in der deutlich größeren Anzahl fallbezogen auszuwertender Datensätze begründet: In einem Auswertungszeitraum müssten die Datensätze aller pro Therapeut und pro Quartal dokumentationspflichtigen Patienten ausgewertet werden, während bei einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation dies lediglich für einen Datensatz pro Therapeut notwendig wäre. Hinzu kommt bei der fallbezogenen QS-Dokumentation die voraussichtlich notwendige Verknüpfung der zu verschiedenen Zeitpunkten erhobenen Datensätze zu einem Patienten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die zentrale Voraussetzung für ein angemessenes Aufwand-Nutzen-Verhältnis der fallbezogenen QS-Dokumentation die Abbildbarkeit der Ergebnisqualität ist. Solange die Messung der Ergebnisqualität noch nicht möglich ist, wäre die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation zu bevorzugen, da unter Berücksichtigung aller anderen Aspekte das Nutzen-Aufwand-Verhältnis als günstiger einzuschätzen ist.

5 Fazit

Mit Blick auf die Ausführungen der vorliegenden Konzeptskizze lässt sich zusammenfassen, dass für die Entwicklung eines umfassenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten Psychotherapie derzeit einige Voraussetzungen noch geschaffen werden müssten bzw. dass derzeit ein nur kleinere Teile der Qualitätspotenziale erfassendes QS-Verfahren umsetzbar ist.

Wie in den vorangegangenen Kapiteln ausgeführt, lassen sich konkrete Potenziale für die Qualitätssicherung und -verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung benennen, d.h. auf dem Versorgungspfad der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung lassen sich Punkte identifizieren, an denen sich Qualität entscheidet. Die Evidenz für die Behandlungsrelevanz dieser neuralgischen Punkte bzw. auch das Vorliegen von Defiziten stützt sich allerdings weitgehend auf einen Expertenkonsens, hochwertige Studien liegen insgesamt wenige vor.

Die grundsätzliche Wirksamkeit von Psychotherapie ist gut belegt, und nicht zuletzt aus diesem Grund enthalten diagnosespezifische S3-Leitlinien, wie z.B. die Leitlinien zu Depression oder Zwangserkrankungen, starke Empfehlungen für psychotherapeutische Behandlungen. Bezüglich der Wirksamkeit einzelner Aspekte einer psychotherapeutischen Behandlung ist die Evidenz dagegen bestenfalls heterogen. Für die Ausgestaltung einzelner Prozessschritte einer Psychotherapie in Bezug auf das konkrete therapeutische Vorgehen, wie z.B. die Frequenz der Sitzungen oder den Einsatz bestimmter Messinstrumente, liegen letztlich keine Leitlinien oder sonstige verbindliche Behandlungsstandards vor. Insofern wäre ein möglicher erster Schritt der Qualitätssicherung zu messen, ob standardisierte Instrumente zur Verlaufs- und Ergebnismessung regelmäßig zur Anwendung kommen und die Ergebnisse dokumentiert werden. Sollten zu einem späteren Zeitpunkt einheitlich dokumentierte Qualitätsinformationen bei den Leistungserbringern vorliegen, wäre dieser Punkt anders zu beurteilen.

Die Darstellung von Ergebnisqualität ist ein zentrales Ziel in der gesetzlichen Qualitätssicherung. In dem skizzierten QS-Verfahren wäre es sinnvoll, die Datenerhebungen zur Messung der Ergebnisqualität mittels fallbezogener QS-Dokumentation durchzuführen und idealerweise durch eine Patientenbefragung zu ergänzen. Voraussetzung für die Messung der Ergebnisqualität über eine fallbezogene QS-Dokumentation ist allerdings, dass der verpflichtende Einsatz bestimmter Messinstrumente festgesetzt wird.

Sofern diese Voraussetzungen geschaffen werden, wären über eine fallbezogene QS-Dokumentation sowohl Fremd- als auch von Selbstbeurteilungen erhebbar, und indirekte Veränderungsmessungen mit Messzeitpunkten am Beginn, am Ende sowie im Verlauf der Therapie wären umsetzbar. Eine Erhebung der Daten zur Katamnese wäre mit einer ergänzenden Patientenbefragung möglich, wobei dies die Verknüpfung mit den Daten der fallbezogenen QS-Dokumentation erfordern würde, da nur hierüber die Messwerte zu Beginn der Therapie gewonnen werden können. Bei einer Erhebung der Ergebnisqualität sollten die Sozialdaten als Datenquelle für Parameter der Risikoadjustierung ergänzend herangezogen werden.

Unter derzeitigen Bedingungen sind Patientenbefragungen in der externen Qualitätssicherung nicht umsetzbar, da die gesetzlichen Grundlagen hierfür noch geschaffen werden müssen. Wenn dies gegeben ist, wäre die Erhebung des Großteils identifizierten Qualitätspotenziale zur Prozessqualität über eine Patientenbefragung bzw. eine Befragung von Bezugspersonen möglich. Für die Prozessparameter ist davon auszugehen, dass sie zu adäquaten Zeitpunkten erfasst werden könnten.

Solange die Messung der Ergebnisqualität über eine fallbezogene QS-Dokumentation noch nicht möglich ist, wäre für eine alleinige Erfassung der Prozessqualität die einrichtungsbezogene einer fallbezogenen QS-Dokumentation vorzuziehen, denn das Nutzen-Aufwand-Verhältnis für die Erfassung der Prozessqualität ist insbesondere aufgrund des vergleichsweise geringen Aufwands der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation als günstiger einzuschätzen. Sofern jedoch die Messung der Ergebnisqualität mittels fallbezogener QS-Dokumentation realisiert wird, wäre die Erfassung der Prozessqualität über eine fallbezogene QS-Dokumentation mit einem nur geringen zusätzlichen Aufwand verbunden und die Erfassung der Prozessqualität über die fallbezo-

gene QS-Dokumentation – ggf. in Ergänzung zu einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation – wäre empfehlenswert.

Eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation wäre unter derzeitigen Bedingungen umsetzbar und ist vor dem Hintergrund der teilweise geringen und schwankenden Fallzahlen im Bereich der Psychotherapie zu empfehlen. Da die hierüber zu erfassenden Qualitätsindikatoren nicht zwingend fallbezogen sein müssen, besteht mit einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation eine höhere Chance, valide Vergleiche auch für Leistungserbringer mit geringen Fallzahlen zu ermöglichen. Die Analysen zu den Qualitätspotenzialen zeigen, dass wesentliche qualitätsrelevante Prozesse der Psychotherapie mittels einrichtungsbezogener QS-Dokumentation adressiert werden können und vergleichsweise aufwandsarm zu erheben wären.

Soweit ein zu entwickelndes QS-Verfahren darauf abzielt, am Ende Leistungserbringervergleiche zu ermöglichen, bedarf es u.a. einer ausreichenden Anzahl vergleichbarer Fälle je Therapeut. Ausgehend von einer mittleren Anzahl von 38 Patienten, die ein Psychotherapeut (bzw. hier: eine psychotherapeutische Betriebsstätte) im Jahr betreut, scheint diese Voraussetzung zunächst gegeben. Allerdings behandelt ein knappes Drittel aller Psychotherapeuten weniger als 20 Patienten pro Jahr. Für einrichtungsbezogene Fragen nach der Prozessqualität spielt dies eine untergeordnete Rolle, aber für fallbezogene Auswertungen ist von einer eher problematischen Vergleichsmöglichkeit auszugehen. Dies gilt umso mehr, wenn man fallbezogene Informationen zur Probatorik oder allgemein zum Therapiebeginn erheben will und deshalb nur Patienten einbezieht, die im Erfassungszeitraum mit einer Therapie begonnen haben. Hierdurch würden sich die Fallzahlen nochmals reduzieren, weil im Durchschnitt nur 40 % aller Patienten eines Therapeuten in einem Kalenderjahr eine Therapie beginnen. Mit Blick auf die beispielhaft genannten Ausgangszahlen hieße das, dass für ein knappes Drittel der Therapeuten weniger als 10 Fälle für einen Vergleich ausgewertet werden. Auch verschlechtert jede andere oder weitere Differenzierung der psychotherapeutisch behandelten Patienten – beispielsweise nach diagnose- oder altersspezifischen Subgruppen – die Vergleichbarkeit von fallzahlabhängigen Qualitätsergebnissen einzelner Leistungserbringer. Um das Problem der für einen Leistungserbringervergleich zu geringen Fallzahlen zu entschärfen, sollten bspw. Indexbildungen oder aber auch eine zusammenfassende Auswertung von Indikatoren über mehrere Jahre in Betracht gezogen werden.

In der Gesamtwürdigung aller thematisierten Inhalte und unter Berücksichtigung von Aufwand und Nutzen sowie der Umsetzbarkeit lässt sich für die potenziell zur Verfügung stehenden Erhebungsinstrumente folgendes zusammenfassen:

- Mittels einer – unter derzeitigen Voraussetzungen umsetzbaren – einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation lässt sich zumindest ein großer Teil der ermittelten Potenziale mit Bezug zur Prozessqualität abbilden.
- Nach Schaffung der derzeit noch fehlenden Rahmenbedingungen wäre eine Abbildung der Potenziale zur Ergebnisqualität mittels einer fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer möglich, woran die zusätzliche Erfassung der fallbezogenen Prozessqualität aufwandsarm angeschlossen werden könnte.
- Die Erfassung der Katamnese über eine Patientenbefragung könnte wichtige ergänzende Informationen zur Ergebnisqualität liefern. Des Weiteren wäre die Erhebung der Prozessqualität aus Patientensicht ein wichtiger Bestandteil eines möglichen QS-Verfahrens zur ambulanten Psychotherapie.
- Die Sozialdaten nehmen aufgrund der eingeschränkten Abbildbarkeit der Qualitätspotenziale eine eher untergeordnete Rolle ein; sie sollten bei Umsetzung der Erfassung der Ergebnisqualität jedoch zumindest für die Erhebung von Risikovariablen eingesetzt werden.

Abschließend ist anzumerken, dass die in der Konzeptskizze geschilderten Probleme in Abhängigkeit davon, wie genau zukünftig ein mögliches QS-Verfahren zum Einsatz kommt (ausschließlich Benchmarking, Einrichtungsvergleiche, Veröffentlichung bzw. Nichtveröffentlichung von Ergebnissen) unterschiedlich schwer wiegen. Hinsichtlich der Frage einer Veröffentlichung der Ergebnisse wäre zudem der Umstand, dass ein QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie überwiegend Leistungserbringer i.S.v. identifizierbaren Einzelpersonen adressiert, zu berücksichtigen.

Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass im Zuge der Diskussionen um die Einführung einer einheitlichen Leistungsdokumentation mit definierten Inhalten und einheitlichen Formaten, – beispielsweise im Sinne einer Ba-

sisdokumentation (Psy-BaDo) – erwogen werden könnte, die Perspektive der Qualitätssicherung zeitnah einzu-
beziehen. Auf Grundlage einheitlicher Dokumentationsstandards, die zugleich die Abbildung qualitätsrelevanter
Parameter ermöglichen, ließen sich spätere „Doppeldokumentationen“ vermeiden. Der Aufwand einer fallbezo-
genen QS-Dokumentation würde verringert, da auf die aus der Basisdokumentation vorliegenden Daten zurück-
gegriffen werden könnte. Mit einer Basisdokumentation könnte zugleich der Forderung nach mehr Transparenz
des Versorgungsgeschehens nachgekommen werden.

6 Empfehlungen

Vor dem Hintergrund der in Kapitel 5 dargestellten Ergebnisse ist festzuhalten, dass derzeit nicht alle Voraussetzungen für die Entwicklung eines umfassenden QS-Verfahrens in der ambulanten Psychotherapie gegeben sind. Das AQUA-Institut vertritt diesbezüglich die Meinung, dass auch ein QS-Verfahren, das ggf. ausschließlich auf die Prozessqualität fokussiert sowie eine Rückspiegelung der Resultate an die Leistungserbringer ermöglicht, einen wesentlichen Beitrag zur Schaffung von mehr Transparenz in diesem Versorgungsbereich leisten könnte und darüber hinaus geeignet wäre, erste Anreize für eine Qualitätsverbesserung zu setzen.

Empfehlung 1: Diagnose- und therapieverfahrensübergreifendes QS-Verfahren für Einzeltherapien mit Subgruppe Erwachsene

Auf Grundlage von Einschätzungen zu Nutzen und Aufwand sowie Überlegungen zur Umsetzbarkeit wird empfohlen in einem ersten Schritt, als Erhebungsinstrument in einem solchen QS-Verfahren eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation einzusetzen:

Vor dem Hintergrund der teilweise geringen und schwankenden Fallzahlen pro Leistungserbringer im Bereich der ambulanten Psychotherapie kommt einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation besondere Bedeutung zu. Da die hierüber erfassten Qualitätsindikatoren nicht zwingend fallbezogen sein müssen, besteht mit einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation eine höhere Chance, valide Leistungserbringervergleiche trotz geringer Fallzahlen ermöglichen. Die Analysen zu den Qualitätspotenzialen zeigen, dass wesentliche qualitätsrelevante Prozesse in diesem Versorgungsbereich mittels einrichtungsbezogener QS-Dokumentation adressiert werden können und vergleichsweise aufwandsarm zu erheben wären.

Der Patientenorientierung kommt im psychotherapeutischen Versorgungsbereich eine erhebliche Bedeutung zu. Gerade die Individualisierung der Behandlung ist ein Qualitätsmerkmal der Psychotherapie und infolge dessen sind Informationen aus der subjektiven Sicht des Patienten für die Qualitätssicherung in besonderer Weise relevant. Zudem zeigt sich, dass der überwiegende Teil der Qualitätspotenziale zur Prozessqualität mittels einer Patientenbefragung abbildbar wäre. Derzeit ist eine Patientenbefragung noch nicht umsetzbar, allerdings werden die rechtlichen Rahmenbedingungen gegenwärtig erarbeitet. Sobald diese geschaffen wurden, empfehlen wir den Einsatz dieses Instruments.

Da die Darstellung von Ergebnisqualität in der gesetzlichen Qualitätssicherung ein zentrales Ziel ist, wäre es außerordentlich begrüßenswert, wenn die derzeit fehlenden Rahmenbedingungen für die Erfassung der Ergebnisqualität mittels fallbezogener QS-Dokumentation beim Leistungserbringer geschaffen werden (siehe Abschnitt 4.6). Sofern diese Voraussetzungen erfüllt wären, ergäbe sich die Möglichkeit der Messung von Ergebnisqualität mittels indirekter Veränderungsmessung. Mit der dann implementierten fallbezogenen QS-Dokumentation lassen sich auch die Qualitätspotenziale zur Prozessqualität abbilden, wobei der zusätzliche Aufwand als gering eingestuft werden kann.

Im Rahmen der Erstellung der Konzeptskizze konnten Qualitätspotenziale ermittelt werden, die therapieverfahrens- und diagnoseübergreifend gelten. Infolge dessen wäre ein QS-Verfahren denkbar, welches grundsätzlich alle F-Diagnosen und alle gemäß der Psychotherapie-Richtlinie zugelassenen Therapieverfahren umfasst und die identifizierten Qualitätspotenziale adressiert. Dabei ließen sich größtmögliche Fallzahlen pro Leistungserbringer erreichen, was eine Diskriminationsfähigkeit zwischen guter und schlechter Qualität und die Wahrscheinlichkeit der Realisierung etwaiger Einrichtungsvergleiche bei fallbezogenen Auswertungen erhöht.

Es wird für sinnvoll erachtet, das QS-Verfahren zunächst auf Psychotherapien im Einzelsetting zu beschränken, da Einzeltherapien derzeit über 98 % der ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen ausmachen (siehe Abschnitt 2.2.1). Eine solche Eingrenzung ermöglicht nicht nur eine zielgerichtete Betrachtung der Versorgungsqualität, sondern würde auch den größten Teil der Patienten sowie auch mutmaßlich alle Leistungserbringer in die Qualitätssicherung einschließen.

Von der Bildung weiterer Subgruppen in einem möglichen diagnose- und therapieverfahrensübergreifenden QS-Verfahren für Einzeltherapien mit Subgruppe Erwachsene wird aus oben genannten Gründen abgeraten. Es wäre aber grundsätzlich möglich zusätzlich ausgewählte störungsspezifische Aspekte zu betrachten, indem ergänzend auch diagnosespezifische Indikatoren erfasst werden. In Betracht kämen hier insbesondere Krankheitsbilder mit besonderer Versorgungsrelevanz, für deren Behandlung S3-Leitlinien vorliegen.

Empfehlung 2: Diagnose- und therapieverfahrensübergreifendes QS-Verfahren für Einzeltherapien mit Subgruppe Kinder und Jugendliche

Die im Rahmen der Konzeptskizze ermittelten Qualitätspotenziale treffen grundsätzlich auch diagnose- und therapieverfahrensübergreifend für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu. Daher ist für diese Subgruppe ein QS-Verfahren denkbar, das störungs- und therapieverfahrensübergreifend gilt. Auf diese Weise lassen sich analog zur Qualitätssicherung der ambulanten Psychotherapie bei Erwachsenen größtmögliche Fallzahlen pro Leistungserbringer erreichen. Damit wird die Realisierung eines Einrichtungsvergleichs mittels fallbasierter Indikatoren wahrscheinlicher (siehe oben).

Der Großteil der ambulanten Psychotherapien bei Kindern und Jugendlichen findet derzeit in Einzeltherapien statt. Es wird deshalb auch für diese Gruppe für sinnvoll erachtet, das QS-Verfahren zunächst auf Psychotherapien im Einzelsetting zu beschränken.

Auf Grundlage von Einschätzungen zu Nutzen und Aufwand sowie Überlegungen zur Umsetzbarkeit wird empfohlen, als Erhebungsinstrument zunächst eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation einzusetzen. Hierfür sprechen analog zur Empfehlung 1 folgende Argumente:

Vor dem Hintergrund der durchschnittlich kleinen Fallzahlen pro Leistungserbringer im Bereich der ambulanten Psychotherapie auch bei Kindern und Jugendlichen kommt einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation besondere Bedeutung zu. Die Analysen zu den Qualitätspotenzialen zeigt, dass auch im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wesentliche qualitätsrelevante Prozesse in diesem Versorgungsbereich mittels einrichtungsbezogener QS-Dokumentation adressiert werden können und vergleichsweise aufwandsarm zu erheben wären.

Mithilfe einer Befragung von Bezugspersonen, die sich auf die Erfassung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern beziehen sollte, können weitere wesentliche Aspekte der Prozessqualität erfasst werden, da die bei einer Psychotherapie von Kindern in der Regel stark involvierten Bezugspersonen eine wichtige Datenquelle für die Beurteilung der Behandlungsqualität darstellen. Hinsichtlich der Umsetzbarkeit und der Rahmenbedingungen gilt das oben Gesagte.

Da die Darstellung von Ergebnisqualität in der gesetzlichen Qualitätssicherung ein zentrales Ziel ist, wäre es außerordentlich begrüßenswert, wenn die derzeit fehlenden Rahmenbedingungen für die Umsetzbarkeit einer fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer geschaffen werden (siehe Abschnitt 4.6). Sofern diese Voraussetzungen erfüllt wären, ergäbe sich die Möglichkeit der Messung von Ergebnisqualität mittels indirekter Veränderungsmessung. Mit der dann implementierten fallbezogenen QS-Dokumentation lassen sich auch die Qualitätspotenziale zur Prozessqualität abbilden, wobei der zusätzliche Aufwand als gering eingestuft werden kann.

Von den Empfehlungen unabhängige Erkenntnisse für die Qualitätssicherung der ambulanten Psychotherapie

Der Auftrag des G-BA forderte explizit die sektorspezifische Betrachtung allein der ambulanten Psychotherapie, was folglich zum einen die nach Psychotherapie-Richtlinie behandelnden Psychotherapeuten als Adressaten eines möglichen QS-Verfahrens und zum anderen ausdrücklich nicht die Betrachtung der gesamten Behandlung einer bestimmten Störung impliziert. Dennoch ergaben sich im Zuge der Auftragsbearbeitung weitere Einsichten hinsichtlich der ambulanten Versorgung psychischer Erkrankungen.

Ein QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie, das sich ausschließlich auf ein bestimmtes psychisches Störungsbild bezieht, kann aufgrund der zu erwartenden geringen Fallzahlen pro Leistungserbringer derzeit nicht empfohlen werden. Zu bedenken wäre deshalb, ob es bei einem diagnosespezifischen QS-Verfahren nicht

zielführender ist, den Versorgungsablauf über die ambulante Psychotherapie hinaus zu betrachten. Ein wesentlicher Teil der Versorgung psychisch Erkrankter wird durch Haus- und Fachärzte geleistet. Die im Rahmen der Konzeptskizze befragten Experten nannten Qualitätspotenziale für die haus- und fachärztliche Versorgung psychisch Erkrankter im Hinblick auf die Diagnostik, die Medikation sowie die Überleitung zur Psychotherapie. Je nach Störungsbild und Relevanz könnte auch der Einbezug des stationären Sektors sinnvoll sein.

Ein diagnosespezifisches QS-Verfahren sollte ein Störungsbild betrachten, für dessen Behandlung eine S3-Leitlinie vorliegt und bei dem die ambulante Psychotherapie ein Schwerpunkt der Behandlung ist. Konkret zu nennen sind hier die Unipolare Depression, Angststörungen sowie somatoforme Störungen, welche jeweils aufgrund ihrer Prävalenz, der Erkrankungsschwere und ihres Chronifizierungsrisikos eine hohe Versorgungsrelevanz haben. Bedeutsam wäre in diesem Zusammenhang auch die Schizophrenie, für die jedoch bereits ein QS-Verfahren in Entwicklung ist.

Auch für die Subgruppe der Kinder und Jugendlichen kann ein QS-Verfahren, das sich ausschließlich auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung eines bestimmten psychischen Störungsbildes bezieht, aufgrund der Fallzahlenproblematik nicht empfohlen werden. Anzudenken wäre, sich im Hinblick auf die externe Qualitätssicherung zunächst mit dem außerordentlich versorgungsrelevanten Thema ADHS auseinanderzusetzen, für das voraussichtlich in Kürze eine S3-Leitlinie veröffentlicht wird. Neben ADHS sind Angststörungen sowie depressive Störungen häufige Erkrankungsbilder in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, wobei eine gültige S3-Leitlinie bzgl. der Behandlung von Kindern und Jugendlichen derzeit nur für die depressiven Störungen vorliegt. Eine Qualitätssicherung der Behandlung depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen wäre von hoher Relevanz, da diese Störungsbilder häufig chronisch verlaufen, zu einer erheblichen Beeinträchtigung der psychosozialen Entwicklung führen können und mit einem erhöhten Risiko für weitere psychiatrische und organische Erkrankungen verbunden sind (DGKJP 2013). Für die genannten Störungsbilder wäre es sinnvoll, neben dem psychotherapeutischen auch den kinder-, haus- und fachärztlichen Bereich, in dem unter anderem Diagnostik, Medikation und Überweisung zur Psychotherapie erfolgen, als wesentliche Bestandteile in ein mögliches QS-Verfahren einzubeziehen. Abseits der Empfehlungen für ein mögliches Qualitätssicherungsverfahren sollte sich verstärkt darum bemüht werden, eine verpflichtende Basisdokumentation in der Psychotherapie zu entwickeln, um gewisse Standards in den Prozessen der Psychotherapie zu etablieren. Ein weiterer Vorteil einer Basisdokumentation wäre, dass so zu erfassende Informationen für die QS-Dokumentation in der Patientenakte regelhaft vorliegen würden. Hierbei sollte von Beginn an die Perspektive der Qualitätssicherung einbezogen werden, damit sich ggf. ein größerer Anteil der in diesem Bericht genannten Qualitätspotenziale umsetzen lässt.

Ebenso empfehlenswert wäre es, durch freiwillige Projekte weitere Erfahrungen für Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie zu sammeln. In Qualitätsprojekten, die sich außerhalb der Rahmenbedingungen des SGB V bewegen, wäre beispielsweise eine Patientenbefragung auf freiwilliger Basis ohne Weiteres implementierbar. Hier könnten wichtige Erkenntnisse gewonnen werden, die einer späteren gesetzlichen Qualitätssicherung zugutekämen.

Glossar

Begriff	Beschreibung
Abrechnungsdaten	Daten, die von Leistungserbringern über von ihnen erbrachte Leistungen zum Zweck der Abrechnung mit den Kostenträgern dokumentiert und übermittelt wurden.
Auswertungsstellen	Nehmen die Auswertung der QS-Daten nach bundeseinheitlichen Kriterien vor. Zu den Aufgaben der Auswertungsstellen gehören die Prüfung der an sie übermittelten Datensätze auf Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Plausibilität, die patientenbezogene Zusammenführung von Datensätzen, die Auswertung von Datensätzen nach bundeseinheitlichen Kriterien, die Vorhaltung der Daten für Landesauswertungen (Nutzungsmöglichkeiten der Länder für länderbezogene Verfahren) und die Übermittlung angeforderter anonymisierter Datenauswertungen an den G-BA. Der G-BA beauftragt die Institution nach § 137a SGB V oder eine andere Einrichtung als Bundesauswertungsstelle.
Datenquelle	hier: Der Ursprungsort, an dem Daten für die Qualitätssicherung generiert oder erhoben werden können, z.B. medizinische Einrichtungen, Krankenkassen, Patienten usw. Für die Erhebung stehen verschiedene Erhebungsinstrumente zur Verfügung.
Datensatz	Eine zusammenhängende Menge von QS-Daten, die einem Fall (beispielsweise einem Patienten) zugeordnet wird.
Diskriminationsfähigkeit	(Statistische) Unterscheidungsfähigkeit. Aussagekraft von Daten hinsichtlich tatsächlich bestehender Unterschiede.
Dokumentation	siehe: QS-Dokumentation
Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)	Vergütungssystem für die Abrechnung von Leistungen im vertragsärztlichen Bereich.
Einrichtung	siehe: Leistungserbringer
Empfehlungsgrad	auch: Empfehlungsstärke, engl.: Grade of Recommendation (GoR). Auf der Basis von nachweisbarer Wirksamkeit abgegebene Behandlungsempfehlung. In Deutschland werden allgemein die Grade A („soll“), B („sollte“) und C („kann“) unterschieden. Die Grade werden von „allgemein üblicher medizinischer Praxis“ (GCP = „Good Clinical Practice“) ergänzt, sofern keine andere Evidenz für eine medizinische Behandlung vorliegen.
Endpunkte	Vorab definierte Ziele einer Behandlung.
Ergebnisindikator	Bildet Behandlungsergebnisse ab bzw. bewertet diese. Er zeigt, wie oft ein gewünschtes oder unerwünschtes Behandlungsergebnis festgestellt wird.
Erhebungsinstrument	Spezifizierung der Art und Weise der Erhebung von Daten (für die externe Qualitätssicherung) bzw. der Erschließung/Nutzbarmachung von Datenquellen. Beispiele: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokumentationsbögen zur Datenerhebung durch die Leistungserbringer (QS-Dokumentation) ▪ Fragebögen zur Datenerhebung bei Patienten ▪ Technische Spezifikationen zur Erhebung von Routinedaten (z.B. aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen)

Begriff	Beschreibung
Evidenzbasierte Medizin (EbM)	Abgeleitet von engl. „evidence-based medicine“; auf empirische Beweiskraft gestützte Medizin. Schulbildende medizinische Richtung, die die bestmögliche Versorgung von Patienten durch die Kombination von bester verfügbarer externer Evidenz (klinische Studien), individueller medizinisch-therapeutischer Expertise und Patientenpräferenzen zu erreichen sucht.
Evidenzklassen	Medizinische Studien können hinsichtlich ihres Studiendesigns in verschiedene Güteklassen (Evidenzklassen) eingeteilt werden.
Fallzahl	Anzahl durchgeführter Behandlungen, z.B. in einem bestimmten Leistungsbereich in einem Krankenhaus.
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)	Oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden.
Health Technology Assessment	Systematische und mit hohen methodischen Standards durchgeführte, umfassende Bewertung medizinischer Technologien, Prozeduren und Hilfsmittel sowie auch der organisatorischen Strukturen und des gesellschaftspolitischen Umfeldes, in denen sie eingesetzt werden.
Indexleistung	Medizinische Leistung, die den Startpunkt für ein QS-Verfahren (die QS-Auslösung) genau definiert (im Regelfall OPS-Kodes).
Indikator	„Anzeiger“. Auch: Qualitätsindikator. Quantitatives Maß zur Bewertung der Erreichung eines Qualitätsziels einer bestimmten gesundheitlichen Versorgungsleistung.
Instrument	siehe: Erhebungsinstrument In einem weitergehenden Verständnis beschreibt ein Instrument im Bereich der Qualitätsförderung eine Methode bzw. ein Werkzeug, das mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität eingesetzt wird.
Lebensqualität	engl.: Quality of Life. Der Begriff umfasst hier ein „ganzheitliches“ Konzept menschlicher Befindlichkeit, das über die physische Gesundheit hinaus auch subjektive, soziale sowie weitere materielle und immaterielle Aspekte beinhaltet.
Leistungserbringer	Personen und Einrichtungen, die medizinische Versorgungsleistungen erbringen bzw. bereitstellen. Der Begriff wird im SGB V auch für Ärzte und ärztliche Einrichtungen sowie für zugelassene Krankenhäuser gem. § 108 SGB V genutzt.
Leitlinie, medizinische	Systematisch entwickelte, aber unverbindliche Orientierungs- bzw. Entscheidungshilfe v.a. für Ärzte und andere medizinische Leistungserbringer bezüglich einer angemessenen medizinischen Versorgung. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat mittlerweile ein weithin anerkanntes 3-stufiges Klassifikationssystem (S1 bis S3) zur Bewertung des Entwicklungsstandes und damit der Güte von Leitlinien erstellt.
MeSH-Terms	Medical Subject Headings (MeSH). Polyhierarchischer Thesaurus zur indexierten Sacherschließung von Büchern und Zeitschriftenartikeln in Medizin und Biowissenschaften.
Outcome	Ergebnis einer medizinischen Behandlung.
Patientenorientierung	Qualitätsdimension, in deren Zentrum die Wahrnehmung der spezifischen Interessen und Bedürfnisse erkrankter Menschen und ihres Einbezugs in das Geschehen rund um seine Krankheit steht.

Begriff	Beschreibung
Patientenperspektive	Wahrnehmung der medizinisch-pflegerischen Versorgung und der Behandlungsergebnisse, wie sie individuell durch Patienten berichtet wird oder bei Patienten erfragt werden kann.
Patientenvertreter	hier: An der gesetzlichen Qualitätssicherung teilnehmende Personen, die von den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene im Sinne des § 140f SGB V benannt werden.
Prävalenz	eigentlich: Prävalenzratio. Der Anteil Erkrankter an der Gesamtzahl der betrachteten Individuen einer definierten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt (Zähler: Anzahl der zum Untersuchungszeitpunkt Kranken; Nenner: Anzahl aller untersuchten Individuen).
Prozessindikator	Bildet Versorgungsprozesse ab bzw. bewertet diese. Er erfasst für definierte Behandlungsschritte (als Teile des Versorgungsprozesses), ob oder in welcher Häufigkeit ein definierter Prozess durchgeführt wurde.
QS-Auslösung	Initiierung einer Dokumentationspflicht zu Zwecken der Qualitätssicherung (QS-Dokumentation). Bei einer Erhebung vorhandener Daten (z.B. Sozialdaten bei den Krankenkassen) analog das Kriterium, dass die Lieferung eines bestimmten Datensatzes auslöst.
QS-Daten	Sammelbegriff für alle Daten, die im Zuge eines QS-Verfahrens erhoben und ausgewertet werden.
QS-Dokumentation	Gesonderte Erhebungen der Leistungserbringer zu Diagnose- und Behandlungsdaten der Patienten für die Qualitätssicherung.
QS-Filter	Der QS-Filter ist eine Software, die auf Grundlage festgelegter Kriterien die für die Qualitätssicherung zu dokumentierenden Patienten „filtert“. Die Kriterien hierzu werden in einer Spezifikation definiert.
Qualität	Bezogen auf die Gesundheitsversorgung: Grad, in dem versorgungsrelevante Ergebnisse, Prozesse und Strukturen bestimmte, definierte Anforderungen erfüllen.
Qualitätsindikator	siehe: Indikator
Qualitätssicherung	Sammelbegriff für unterschiedliche Ansätze und Maßnahmen zur Sicherstellung festgelegter Qualitätsanforderungen bzw. zur Erreichung bestimmter Qualitätsziele. Hier: Gesetzliche Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §§ 135–139 SGB V.
Risikoadjustierung	Methode zur Ermittlung und Gewichtung wesentlicher Einflussfaktoren (individueller Risiken) auf die Ausprägung einer Messgröße. Eine Risikoadjustierung ist vor allem bei Qualitätsindikatoren erforderlich, die sich auf Behandlungsergebnisse und einen Einrichtungsvergleich beziehen. Um hier einen fairen Vergleich zu erhalten, dürfen nur in gleichem Umfang erkrankte Patienten in Einrichtungen mit einer vergleichbaren Klientel miteinander verglichen werden.

Begriff	Beschreibung
Routinedaten	hier: Daten, die wesentlich zur Abwicklung von Geschäfts- und Verwaltungsabläufen erhoben werden (z.B. Abrechnungsdaten, personenbezogene administrative Daten). Abseits des uneinheitlichen Sprachgebrauchs stehen die Sozialdaten der Gesetzlichen Krankenkassen (auch: GKV-Routinedaten) im Vordergrund des Interesses, da sie gem. §299 Abs. 1a SGB V zu Zwecken der Qualitätssicherung verwendet werden dürfen. Diese beinhalten insbesondere die abrechnungsrelevanten Daten für ambulante und stationäre Versorgungsleistungen (§§295 und 301 SGB V), für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel (§§300 und 302 SGB V) sowie die Versichertenstammdaten (§284 SGB V). Das AQUA-Institut verwendet den Begriff derzeit für Sozialdaten bei den Krankenkassen, die Morbi-RSA-Daten (§303 a-e SGB V) und die Abrechnungsdaten nach §21 KHEntgG (Abrechnungsdaten des stationären Sektors). Siehe auch: Datenarten.
Sektor	Institutionell, d.h. durch unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten getrennte Bereiche der medizinisch-therapeutischen Versorgung im deutschen Gesundheitswesen (z.B. ambulant/stationär).
Sozialdaten	Einzelangaben über die persönlichen und sachlichen Verhältnisse (personenbezogene Daten), die von den sozialrechtlichen Leistungsträgern zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben gesammelt und gespeichert werden.
Spannweite	auch: Variationsbreite. Maß für die Streuung einer Messwertreihe; Differenz zwischen dem größten und dem kleinsten Wert einer Messwertreihe.
Spezifikation	Datensatzbeschreibung. Festlegung, welche Daten für die Qualitätssicherung erhoben bzw. übermittelt werden müssen, welche Prüfalgorithmen zur Anwendung kommen (z.B. für Plausibilitätsprüfungen) und wie die QS-Auslösung operationalisiert ist. Im Rahmen der Neuentwicklung von QS-Verfahren ist die Spezifikation als das Ergebnis der informationstechnischen Aufbereitung zu betrachten.
Validität	Übereinstimmung von Aussagen, Daten, Messwerten usw. mit der „Realität“.
Versorgungspfad	Visualisiert den idealtypischen Weg von definierten Patientengruppen mit seinen entscheidenden diagnostischen und therapeutischen Leistungen in der zeitlichen Abfolge.
Versorgungsziel	Auf Ebene des Gesundheitssystems, d.h. wesentlich gesundheitspolitisch gesetzte Vorgaben bezüglich der Versorgung einer Gesellschaft, einer Population oder einer Region mit bestimmten (medizinischen) Leistungen.

Literatur

- Ackerman, SJ; Hilsenroth, MJ (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clin Psychol Rev* 23(1): 1-33.
- Ackerman, SJ; Hilsenroth, MJ (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy* 38(2): 171-185.
- Albani, C; Blaser, G; Geyer, M; Schmutzer, G; Brähler, E (2010). Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. *Psychotherapeut* 55(6): 503-514.
- Andreas, S; Harfst, T; Dirmaier, J; Kawski, S; Koch, U; Schulz, H (2007). A Psychometric evaluation of the German version of the 'Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS-D': on the feasibility and reliability of clinician-performed measurements of severity in patients with mental disorders. *Psychopathology* 40(2): 116-25.
- Andreas, S; Harfst, T; Rabung, S; Mestel, R; Schauenburg, H; Hausberg, M; Kawski, S; Koch, U; Schulz, H (2010). The validity of the German version of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-D): a clinician-rating for the differential assessment of the severity of mental disorders. *Int J Methods Psychiatr Res* 19(1): 50-62.
- AQMS (2010). Projekt „Sicherung der Ergebnisqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen“ – im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung. Abschlussbericht zur Ergebnisqualität (einschließlich Rehabilitandenzufriedenheit). Universitätsklinikum Freiburg. Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin.
- Averbeck, M; Leiberich, P; Grote-Kusch, MT; Olbrich, E; Schröder, A; Brieger, M; Schumacher, K (1997). Skalen zur Erfassung der Lebensqualität (SEL). Manual. Frankfurt am Main: Sweets test services.
- Baldwin, SA; Wampold, BE; Imel, ZE (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *J Consult Clin Psychol* 75(6): 842-52.
- Bandelow, B; Wiltink, J; Alpers, GW; Benecke, C; Deckert, J; et al. (2014). Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen.
- Bassler, M (2003). Helping Alliance Questionnaire (HAQ). In: Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie (2. Aufl.). Brähler, E; Schumacher, J; Strauß, B (Eds.). Göttingen: Hogrefe: 187-190.
- Bassler, M; Potratz, B; Krauthauser, H (1995). Der "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky. Möglichkeiten zur Evaluation des therapeutischen Prozesses von stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40(1): 23-32.
- Bender, DS (2005). The therapeutic alliance in the treatment of personality disorders. *J Psychiatr Pract* 11(2): 73-87.
- Bereiter, C (1963). Some persistent dilemmas in the measurement of change. In: Problems in measuring change. Harris, CW (Ed.). Madison: Univ. of Wisconsin Press: 3-20.
- Beutler, LE; Malik, M; Alimohamed, S; Harwood, TM; Talebi, H; Noble, S; Wong, E (2004). Therapist variables. In: Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Lambert, MJ (Ed.). New York: Wiley: 227-306.
- Bordin, ES (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 16(3): 252-260.
- Bullinger, M; Kirchberger, I (1998). Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handbuch für die deutschsprachige Fragebogenversion. Göttingen: Hogrefe.
- Chapman, BP; Talbot, N; Tatman, AW; Britton, PC (2009). Personality Traits and the Working Alliance in Psychotherapy Trainees: An Organizing Role For the Five Factor Model? *J Soc Clin Psychol* 28(5).

Churchill, R; Hunot, V; Corney, R; Knapp, M; McGuire, H; Tylee, A; Wessley, S (2001). A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technology Assessment* 5(35).

DeGPT; et al. (2011). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie u.a.

Deutsche Rentenversicherung (2014). Handbuch zur Rehabilitandenbefragung.

DGBS; DGPPN (2012). S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.

DGKJP (2013). S3-Leitlinie Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie.

DGPM; DKPM (2012). Sk2 – Leitlinie zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie; Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin.

DGPM; DKPM (2010). S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen. Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin.

DGPPN (2013). S3-Leitlinie Zwangsstörungen. Berlin: Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde.

DGPPN (2012). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.

DGPPN (2005). S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1 – Behandlungsleitlinie Schizophrenie – Kurzfassung. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.

Diener, MJ; Monroe, JM (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: a meta-analytic review. *Psychotherapy (Chic)* 48(3): 237-48.

DKPM (2012). S3-Leitlinie Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. Tübingen: Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin.

Driessen, M; Sommer, B; Röstel, C; Malchow, CP; Rumpf, H-J; Adam, B (2001). Therapieziele in der Psychologischen Medizin – Stand der Forschung und Entwicklung eines standardisierten Instruments. *Psychother Psychosom Med Psychol* 51(6): 239-245.

Düsch, E (2003). Ziele und Instrumente der Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 35(2): 333-346.

Endicott, J; Spitzer, RL; Fleiss, JL; Cohen, J (1976). The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 33(6): 766-71.

Faller, H (2000). Therapieziele und Indikation: Eine Untersuchung der Fragebogenangaben von Patienten bei der psychotherapeutischen Erstuntersuchung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 50(7): 292-300.

Farin, E; Gustke, M; Widera, T; Matthies, S (2012). Ergebnisqualität in der Kinder-Jugend-Rehabilitation: Resultate eines Projekts zur Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens. *Gesundheitswesen* 74(6): 358-70.

Farin, E; Jäckel, WH (2011). Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der medizinischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 54(2): 176-84.

Farin, E; Jäckel, WH; Schalaster, V; Projektgruppe, QSR-VidA (2009). Das Qualitätssicherungsverfahren der GKV in der medizinischen Rehabilitation: Ergebnisse und Weiterentwicklung. *Gesundheitswesen* 71(3): 163-74.

Flückiger, C; Regli, D; Zwahlen, D; Hostettler, S; Caspar, F (2010). Der Berner Patienten- und Therapeutenstundenbogen 2000. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 39(2): 71-79.

Franke, GH (2002). SCL-90-R. Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis – Deutsche Version. Göttingen: Beltz.

- Fydrich, T (2004). Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Ein Überblick. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 25(3): 285-303.
- Gaebel, W; Wölwer, W (2010). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 50: Schizophrenie. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Gallas, C; Kächele, H; Kraft, S; Kordy, H; Puschner, B (2008). Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie. Befunde der TRANS-OP-Studie und deren Implikationen für die Richtlinienpsychotherapie. *Psychotherapeut* 53(6): 414-423.
- GKV (2013). Qualitätssicherungsverfahren der Gesetzlichen Krankenkassen. Methodenhandbuch für die Umsetzung des QS-Reha^R-Verfahrens in stationären Rehabilitationseinrichtungen für die somatischen und psychischen/psychosomatischen Indikationen. GKV-Spitzenverband.
- Goldman, W; McCulloch, J; Cuffel, B (2003). A four-year study of enhancing outpatient psychotherapy in managed care. *Psychiatric Services* 54(1): 41-49.
- Goodman, R (1999). Fragebogen zu Stärken und Schwächen.
- Grosse Holtforth, M (2001). Was möchten Patienten in ihrer Therapie erreichen? – Die Erfassung von Therapiezielen mit dem Berner Inventar für Therapieziele (BIT). *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 33(2): 241-258.
- Harfst, T; Barghaan, D; Koch, U; Schulz, H (2007). Kapitel 33: Rechtliche und gesundheitspolitische Voraussetzungen. In: *Störungsorientierte Psychotherapie*. Herpertz, S, Caspar, F., Mundt, C. (Ed.): Elsevier: 697-711.
- Härter, M; Loh, A; Spies, C (2005). Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Hasler, G; Schnyder, U (2002). Zur Festlegung und Veränderung von Therapiezielen in psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen. *Nervenarzt* 73(1): 54-58.
- Hautzinger, M (2011). Kapitel 3: Diagnostik in der Verhaltenstherapie. In: *Verhaltenstherapiemanual*. 7., vollständig überarb. und erw. Aufl. Michael Linden, MH (Ed.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer: 13-19.
- Hentschel, U (2005). Die Therapeutische Allianz. *Psychotherapeut* 50(5): 305-317.
- Hersoug, AG; Hoglend, P; Havik, O; von der Lippe, A; Monsen, J (2009). Therapist characteristics influencing the quality of alliance in long-term psychotherapy. *Clin Psychol Psychother* 16(2): 100-10.
- Heuft, G; Senf, W (1998a). *Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-BaDo*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Heuft, G; Senf, W (1998b). Psy-BaDo - Basisdokumentation in der Psychotherapie. *Deutsches Ärzteblatt* 95(43): A-2685-2688.
- Horowitz, L; Strauss, B; Kordy, H (2000). *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D)*. Manual. 2. Aufl. Göttingen: Beltz.
- Horvath, AO; Bedi, RP (2002). The alliance. In: *Psychotherapy relationships that work*. Norcross, JC (Ed.). New York, NY: Oxford University Press: 37-69.
- Horvath, AO; Del Re, AC; Fluckiger, C; Symonds, D (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)* 48(1): 9-16.
- Horvath, AO; Luborsky, L (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 61(4): 561-73.
- Horvath, AO; Symonds, BD (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology* 38(2): 139-149.
- Jacobi, F; Höfler, M; Strehle, J; Mack, S; Gerschler, A; Scholl, L; Busch, MA; Maske, U; Hapke, U; Gaebel, W; Maier, W; Wagner, M; Zielasek, J; Wittchen, HU (2014). *Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung* :

- Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 85(1): 77-87.
- Kawski, S; Schulz, H; Koch, U (2011). Qualitätssicherung. In: Psychosomatische Medizin. Adler, RH; Herzog, W; Joraschky, P; Köhle, K; Langewitz, W (Eds.): Urban & Fischer Verlag: 1261-1267.
- Kolip, P (2008). Befragung von niedergelassenen psychologischen PsychotherapeutInnen im Land Bremen zur ambulanten Versorgung von depressiv Erkrankten. Bremen: Institut für Public Health und Pflegeforschung.
- Laireiter, A-R (2003). Diagnostik in der Psychotherapie. *Report Psychologie* 28(1): 27-41.
- Laireiter, A-R (2000). Therapiebegleitende Diagnostik: Verlaufs- und Prozeßdiagnostik. In: Diagnostik in der Psychotherapie. Laireiter, A-R (Ed.). Wien/New York: Springer: 321-339
- Lambert, MJ (2004). Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: Wiley.
- Lambert, MJ; Bergin, AE (1994). The effectiveness of psychotherapy. In: Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Bergin, AE; Garfield, SL (Eds.). New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, MJ; Harmon, C; Slade, K; Whipple, JL; Hawkins, EJ (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: clinical results and practice suggestions. *J Clin Psychol* 61(2): 165-74.
- Leichsenring, F; Kreische, R; Biskup, J; Staats, H; Rudolf, G; Jakobsen, T (2008). Die Göttinger Psychotherapiestudie. Ergebnisse analytischer Langzeitpsychotherapie bei depressiven Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, somatoformen Störungen und Persönlichkeitsstörungen. *Forum der Psychoanalyse* 24(2): 193-204.
- Leitner, A; Schigl, B; Märtens, M (2014). Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Ein Beipackzettel für TherapeutInnen und PatientInnen. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Linden, M; Strauß, B (2013). Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Löwe, B; Spitzer, RL; Zipfel, S; Herzog, W (2002). PHQ-D Gesundheitsfragebogen für Patienten. Manual Komplettversion und Kurzform. Autorisierte deutsche Version des „Prime MD Patient Health Questionnaire (PHQ)“. 2. Aufl. Karlsruhe: Pfizer.
- Lutz, W (2010). Was ist Psychotherapie? Grundlagen und Modelle. In: Lehrbuch Psychotherapie. Lutz, W (Ed.). Bern: Verlag Hans Huber: 25-48.
- Lutz, W; Ehrlich, T; Rubel, J; Hallwachs, N; Röttger, MA; Jorasch, C; Mocanu, S; Vocks, S; Schulte, D; Tschitsaz-Stucki, A (2013). The ups and downs of psychotherapy: sudden gains and sudden losses identified with session reports. *Psychother Res* 23(1): 14-24.
- Martin, D; Garske, J; Davis, M (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 68(3): 438-450.
- McClellan, J; Kowatch, R; Findling, RL; Work Group on Quality, I (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46(1): 107-25.
- Messer, SB; Wolitzky, DL (2010). A psychodynamic perspective on the therapeutic alliance. In: The Therapeutic Alliance: An Evidence-Based Guide to Practice. Muran, JC; Barber, JP (Eds.). New York, NY: The Guilford Press: 97-122.
- Michalak, J; Grosse Holtforth, M; Berking, M (2007). Patientenziele in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 52(1): 6-15.
- Michalak, J; Kosfelder, J; Meyer, F; Schulte, D (2003). Messung des Therapieerfolgs *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 32(2): 94-103.
- Multmeier, J (2014). Ambulante psychotherapeutische Versorgung - Eine Kohortenbetrachtung. *Psychotherapie Aktuell* 6(2): 18-26.

Multmeier, J; Trenckhoff, B (2014). Psychotherapeutische Versorgung: Autonomere Therapieplanung kann Wartezeiten abbauen. Deutsches Ärzteblatt PP 12(3): 110-2.

NICE (2013). Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment. National Institute for Health and Clinical Excellence.

NICE (2011). Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. Management in primary, secondary and community care. National Institute for Health and Clinical Excellence.

NICE (2009). Depression in adults. The treatment and management of depression in adults. National Institute for Health and Clinical Excellence.

Noest, S; Ludt, S; Klingenberg, A; Glassen, K; Heiss, F; Ose, D; Rochon, J; Bozorgmehr, K; Wensing, M; Szecsenyi, J (2014). Involving patients in detecting quality gaps in a fragmented healthcare system: development of a questionnaire for Patients' Experiences Across Health Care Sectors (PEACS). Int J Qual Health Care 26(3): 240-9.

Norcross, JC (2002). Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients. New York: Oxford University Press.

Nübling, R; Jeschke, K; Ochs, M; Schmidt, J (2014). Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland. Eine Befragung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in fünf Bundesländern als ein Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung. Stuttgart.

Orlinsky, D; Rønnestad, M; Willutzki, U (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. In: Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Lambert, M (Ed.). New York: Wiley: 307-389.

Petermann, F (2005). Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Kindheit und Entwicklung 14(1): 48-57.

Petermann, F; Schübler, G; Glaesmer, H (2008). Evidenzbasierung in der klinisch-psychologischen Diagnostik: Eine aktuelle Analyse der Publikationen in drei deutschsprachigen Zeitschriften. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 54(4): 393-408.

Petersen, C; Widera, T; Kawski, S; Kossow, K; Glattacker, M; Farin, E; Follert, P; Koch, U (2006). Sicherung der Strukturqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. Rehabilitation (Stuttg) 45(1): 9-17.

Rabung, S; Harfst, T; Kawski, S; Koch, U; Wittchen, HU; Schulz, H (2009). [Psychometric analysis of a short form of the "Hamburg Modules for the Assessment of Psychosocial Health" (HEALTH-49)]. Z Psychosom Med Psychother 55(2): 162-79.

Rüger, U; Dahm, A; Dieckmann, M; Neher, M (2015). Faber/Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. 10., aktual. und ergänzte Aufl. München: Urban & Fischer in Elsevier.

Safran, JD; Muran, JC (2000). Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide. New York, NY, US: Guilford Press.

Schaap, C; Bennun, I; Schindler, L; Hoogduin, K (1993). The therapeutic relationship in behavioural psychotherapy. Oxford, England: John Wiley & Sons.

Scheibler, F; Janssen, C; Pfaff, H (2003). Shared decision making: ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur. Soz.- Präventivmed. 48(1): 11-23.

Schepank, H (1995). Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. Göttingen: Beltz.

Schöttke, H; Sembill, A; Eversmann, J; Waldorf, M; Lange, J (2011). Therapieziele in der ambulanten kognitiv-verhaltenstherapeutischen oder psychodynamischen Psychotherapie - notwendig oder irrelevant? Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 40(4): 257-266.

Schulz, H; Barghaan, D; Harfst, T; Koch, U (2008). Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Psychotherapeutische Versorgung. Robert Koch Institut.

- Schulz, H; Harfst, T; Andreas, S; Kowski, S; Koch, U; Rabung, S (2009). Zusammenhang zwischen Patienten- und Therapeuteneinschätzungen der Ergebnisqualität in der Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Erkrankungen am Beispiel des SF-8. *Rehabilitation (Stuttg)* 48(5): 270-276.
- Senf, W (2012). Was ist Psychotherapie? In: *Praxis der Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch*. Senf, W; Broda, M (Eds.). Stuttgart: Thieme: 2-8.
- Sharpless, BA; Muran, JC; Barber, JP (2010). Coda: Recommendations for practice and training. In: *The Therapeutic Alliance: An Evidence-Based Guide to Practice*. Muran, JC; Barber, JP (Eds.). New York, NY: The Guilford Press.
- Shimokawa, K; Lambert, MJ; Smart, DW (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *J Consult Clin Psychol* 78(3): 298-311.
- SIGN (2013). Management of schizophrenia. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- SIGN (2010). Non-pharmaceutical management of depression in adults. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Steffanowski, A; Kramer, D; al., FAe (2011). Praxisübergreifende Dokumentation der Ergebnisqualität ambulanter Psychotherapie in Bayern. Erste Ergebnisse des Modellvorhabens „QS-PSY-BAY“. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 40: 267-282
- Steffanowski, A; Lichtenberg, S; Schmidt, J; Huber, C; Wittmann, WW; Nübling, R (2004). Ergebnisqualität psychosomatischer Rehabilitation: Zielerreichungsskalierung auf der Basis einer strukturierten Therapiezielliste. *Rehabilitation* 43(4): 219-32.
- Stieglitz, R-D (1986). Erfassung von Veränderungen. Theoretische und empirische Beiträge. Berlin: Oberhofer.
- Strauss, BM; Lutz, W; Steffanowski, A; Wittmann, WW; Boehnke, JR; Rubel, J; Scheidt, CE; Caspar, F; Vogel, H; Altmann, U; Steyer, R; Zimmermann, A; Bruckmayer, E; Von Heymann, F; Kramer, D; Kirchmann, H (2013). Benefits and challenges in practice-oriented psychotherapy research in Germany: The TK and the QS-PSY-BAY projects of quality assurance in outpatient psychotherapy. *Psychother Res*.
- Stulz, N; Lutz, W; Leach, C; Lucock, M; Barkham, M (2007). Shapes of early change in psychotherapy under routine outpatient conditions. *J Consult Clin Psychol* 75(6): 864-74.
- Tryon, GS; Winograd, G (2011). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy* 48(1): 50-7.
- Ungewitter, C; Böttger, D; El-Jurdi, J; Kilian, R; Losert, C; Ludwig, K; Steinkohl, V; Bramesfeld, A (2013). Struktur und Kooperation in der Versorgung psychisch Kranker. *Nervenarzt* 84(3): 307-14.
- Vittengl, JR; Clark, LA; Dunn, TW; Jarrett, RB (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *J Consult Clin Psychol* 75(3): 475-488.
- Walendzik, A; Rabe-Menssen, C; Lux, G; Wasem, J; Rebecca, J (2010). Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Deutsche Psychotherapeutenvereinigung, Universität Duisburg Essen.
- Wampold, BE (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, Publishers.
- Watkins, K; Horvitz-Lennon, M; Caldarone, LB; Shugarman, LR; Smith, B; Mandle, TE; Kivlahan, DR; Pincus, HA (2011). Developing medical record-based performance indicators to measure the quality of mental healthcare. *J Healthc Qual* 33(1): 49-66; quiz 66-7.
- Watson, JC; Kalogerakos, F (2010). The therapeutic alliance in humanistic psychotherapy. In: *The Therapeutic Alliance: An Evidence-Based Guide to Practice*. Muran, JC; Barber, JP (Eds.). New York, NY: The Guilford Press.
- Watzke, B; Schulz, H; Dirmaier, J (2014). Zielorientierte Veränderungsmessungen als Möglichkeit einer individualisierten Ergebnisevaluation in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 62(2): 113-122.

Widera, T (2010). Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung - neue Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung. RV aktuell 4: 153-159.

Widera, T; Baumgarten, E; Beckmann, U; Zellner, M (2011). Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation - Versorgung und Versorgungsqualität. RVaktuell 1: 20-28.

Wittchen, HU; Jacobi, F; Klose, M; Ryl, L (2010). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 51: Depressive Erkrankungen. Berlin: Robert Koch-Institut.

Wittmann, WW; Lutz, W; Steffanowski, A; Kriz, D; Glahn, EM; Völkle, MC; Böhnke, JR; Köck, K; Bittermann, A; Ruprecht, T (2011). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie. Modellvorhaben der Techniker Krankenkasse nach § 63 Abs. 1 SGB V. Abschlussbericht. Hamburg: Techniker Krankenkasse.

Zielasek, J; Großimlinghaus, I; Janssen, B; Wobrock, T; Falkai, P; Reich-Erkelenz, D; Riesbeck, M; Gaebel, W (2012). Die Rolle von Qualitätsindikatoren in der psychiatrischen Qualitätssicherung und aktueller Stand der Entwicklung von Qualitätsindikatoren. Die Psychiatrie 9(1): 46-52.