



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V

---

# **Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter**

Anhang

---

Stand: 15. September 2015

# Impressum

**Herausgeber:**

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

**Thema:**

Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter – Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren. Anhang

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

17. Juli 2014

**Datum der Abgabe:**

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

Anhang I: Systematische Übersichtsarbeiten .....	4
Anhang II: Health Technology Assessments .....	7
Anhang III: Leitlinien .....	8
Anhang IV: Auflistung der Expertengespräche .....	10
Anhang V: Leitfragen für die Expertengespräche .....	12
Anhang VI: Zusammenfassendes Ergebnisprotokoll der Expertengespräche .....	14
Anhang VII: Durchsuchte Institutionen und Portale der Indikatorenrecherche .....	27
Anhang VIII: Recherche zu Messinstrumenten .....	35

# Anhang I: Systematische Übersichtsarbeiten

## Systematische Übersichtsarbeiten (in alphabetischer Reihenfolge)

- Abbass, AA; Kisely, SR; Town, JM; Leichsenring, F; Driessen, E; De Maat, S; Gerber, A; Dekker, J; Rabung, S; Rusalovska, S; Crowe, E (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (7). DOI: 10.1002/14651858.CD004687.pub4.
- Arends, I; Bruinvels David, J; Rebergen David, S; Nieuwenhuisen, K; Madan, I; Neumeyer-Gromen, A; et al. (2012). Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (12). DOI: 10.1002/14651858.CD006389.pub2.
- Barrett, PM; Farrell, L; Pina, AA; Peris, TS; Piacentini, J (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* (1): 131-155.
- Beltman, MW; Oude Voshaar, RC; Speckens, AE (2010). Cognitive-behavioural therapy for depression in people with a somatic disease: meta-analysis of randomised controlled trials. *British Journal of Psychiatry* (1): 11-19.
- Bisson, JI; Roberts, NP; Andrew, M; Cooper, R; Lewis, C (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (12). DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub4.
- Buscemi, N; Vandermeer, B; Friesen, C; Bialy, L; Tubman, M; Ospina, M; et al. (2005). Manifestations and management of chronic insomnia in adults. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).
- Casacalenda, N; Perry, JC; Looper, K (2002). Remission in major depressive disorder: a comparison of pharmacotherapy, psychotherapy, and control conditions. *Am J Psychiatry* 159(8): 1354-1360.
- 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).
- Cuijpers, P; van Straten, A; Schuurmans, J; van Oppen, P; Hollon, SD; Andersson, G (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 30(1): 51-62.
- David-Ferdon, C; Kaslow, NJ (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 37(1): 62-104.
- de Maat, S; de Jonghe, F; Schoevers, R; Dekker, J (2009). The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: a systematic review of empirical studies. *Harv Rev Psychiatry* 17(1): 1-23.
- de Maat, SM; Dekker, J; Schoevers, RA; de Jonghe, F (2007). Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *European Psychiatry* 22(1): 1-8.
- Dowell, KA; Ogles, BM (2010). The Effects of Parent Participation on Child Psychotherapy Outcome: a Meta-Analytic Review. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 39(2): 151-162.
- Dubicka, B; Elvins, R; Roberts, C; Chick, G; Wilkinson, P; Goodyer, IM (2010). Combined treatment with cognitive-behavioural therapy in adolescent depression: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 197(6): 433-440.
- Ekers, D; Richards, D; Gilbody, S (2008). A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychol Med* 38(5): 611-623.
- Erford, BT; Erford, BM; Lattanzi, G; Weller, J; Schein, H; Wolf, E; et al. (2011). Counseling outcomes from 1990 to 2008 for school-age youth with depression: a meta-analysis. *Journal of Counseling and Development* 89(4): 439-457.
- Feijo de Mello, M; de Jesus Mari, J; Bacaltchuk, J; Verdeli, H; Neugebauer, R (2005). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 255(2): 75-82.
- Fossum, S; Handegard, BH; Martinussen, M; Morch, WT (2008). Psychosocial interventions for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents: a meta-analysis. *European Child and Adolescent*

**Systematische Übersichtsarbeiten (in alphabetischer Reihenfolge)**

Psychiatry 17(7): 438-451.

- Gava, I; Barbui, C; Aguglia, E; Carlino, D; Churchill, R; De Vanna, M; et al. (2007). Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). Cochrane Database of Systematic Reviews (2). DOI: 10.1002/14651858.CD005333.pub2.
- Gillies, D; Taylor, F; Gray, C; O'Brien, L; D'Abrew, N (2012). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews (12). DOI: 10.1002/14651858.CD006726.pub2.
- Gould, RA; Mueser, KT; Bolton, E; Mays, V; Goff, D (2001). Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis. Schizophrenia Research 48(2-3): 335-342.
- Gould, RL; Coulson, MC; Howard, RJ (2012). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in older people: a meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials (Structured abstract). J Am Geriatr Soc 60(2): 218-229.
- Hans, E; Hiller, W (2013). A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies on outpatient cognitive behavioral therapy for adult anxiety disorders. Clin Psychol Rev 33(8): 954-964.
- Hans, E; Hiller, W (2013). Effectiveness of and dropout from outpatient cognitive behavioral therapy for adult unipolar depression: a meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies (Provisional abstract). J Consult Clin Psychol 81(1): 75-88.
- Hassiotis, AA; Hall, I (2008). Behavioural and cognitive-behavioural interventions for outwardly-directed aggressive behaviour in people with learning disabilities. Cochrane Database of Systematic Reviews (3). DOI: 10.1002/14651858.CD003406.pub3.
- Hay, PPJ; Bacaltchuk, J; Stefano, S; Kashyap, P (2009). Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. Cochrane Database of Systematic Reviews (4). DOI: 10.1002/14651858.CD000562.pub3.
- Hetrick, SE; Purcell, R; Garner, B; Parslow, R (2010). Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews (7). DOI: 10.1002/14651858.CD007316.pub2.
- Hunot, V; Churchill, R; Teixeira, V; Silva de Lima, M (2007). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews (1). DOI: 10.1002/14651858.CD001848.pub4.
- Hunot, V; Moore Theresa, HM; Caldwell Deborah, M; Furukawa Toshi, A; Davies, P; Jones, H; et al. (2013). 'Third wave' cognitive and behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews (10). DOI: 10.1002/14651858.CD008704.pub2.
- Izquierdo de Santiago, A; Khan, M (2007). Hypnosis for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews (4). DOI: 10.1002/14651858.CD004160.pub3.
- James Anthony, C; James, G; Cowdrey Felicity, A; Soler, A; Choke, A (2013). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews (6). DOI: 10.1002/14651858.CD004690.pub3.
- Kliem, S; Kroger, C; Kosfelder, J (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. J Consult Clin Psychol 78(6): 936-951.
- Leichsenring, F (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. Clin Psychol Rev 21(3): 401-419.
- Lynch, D; Laws, KR; McKenna, PJ (2010). Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. Psychol Med 40(1): 9-24.
- Macdonald, G; Higgins Julian, PT; Ramchandani, P; Valentine Jeffrey, C; Bronger Latricia, P; Klein, P; et al. (2012). Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused. Cochrane Database of Systematic Reviews (5). DOI: 10.1002/14651858.CD001930.pub3.
- McDermut, W; Miller, IW; Brown, RA (2001). The efficacy of group psychotherapy for depression: a meta-analysis and review of the empirical research. Clinical Psychology: Science and Practice 8(1): 98-116.
- Nezu, AM; Maguth Nezu, C; Lombardo, ER (2001). Cognitive-behavior therapy for medically unexplained symptoms: a critical review of the treatment literature. Behavior Therapy 32(3): 537-583.

### Systematische Übersichtsarbeiten (in alphabetischer Reihenfolge)

- O’Kearney, RT; Anstey, K; von Sanden, C; Hunt, A (2006). Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4). DOI: 10.1002/14651858.CD004856.pub2.
- Parker, B; Turner, W (2013). Psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for children and adolescents who have been sexually abused. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (7). DOI: 10.1002/14651858.CD008162.pub2.
- Pinqart, M; Duberstein, PR; Lyness, JM (2007). Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: a meta-analysis. *Aging and Mental Health* 11(6): 645-657.
- Pittock, A; Mair, E (2010). Are psychotherapies effective in the treatment of Anorexia Nervosa? A systematic review. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health* 6(3): 55-71.
- Roberts, NP; Kitchiner, NJ; Kenardy, J; Bisson, JI (2009). Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3). DOI: 10.1002/14651858.CD006869.pub2.
- Roehrl, B; Strouse, J (2008). Influence of social support on success of therapeutic interventions: a meta-analytic review. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training* 45(4): 464-476.
- Shinohara, K; Honyashiki, M; Imai, H; Hunot, V; Caldwell Deborah, M; Davies, P; et al. (2013). Behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (10). DOI: 10.1002/14651858.CD008696.pub2.
- Stoffers, JM; Völlm, BA; Rucker, G; Timmer, A; Huband, N; Lieb, K (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (8). DOI: 10.1002/14651858.CD005652.pub2.
- Sukhodolsky, DG; Kassiove, H; Gorman, BS (2004). Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: a meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior* 9(3): 247-269.
- Thomson, A; Page, L (2007). Psychotherapies for hypochondriasis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4). DOI: 10.1002/14651858.CD006520.pub2.
- Townsend, E; Hawton, K; Altman, DG; Arensman, E; Gunnell, D; Hazell, P; et al. (2001). The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychol Med* 31(6): 979-988.
- Trivedi, RB; Nieuwsma, JA; Williams, JW (2011). Examination of the utility of psychotherapy for patients with treatment resistant depression: a systematic review. *J Gen Intern Med* 26(6): 643-650.
- van Hees, ML; Rotter, T; Ellermann, T; Evers, SM (2013). The effectiveness of individual interpersonal psychotherapy as a treatment for major depressive disorder in adult outpatients: a systematic review. *BMC Psychiatry* 13: 22.
- 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.
- Watanabe, N; Churchill, R; Furukawa Toshi, A (2009). Combined psychotherapy plus benzodiazepines for panic disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1). DOI: 10.1002/14651858.CD005335.pub2.
- Williams, ACdC; Eccleston, C; Morley, S (2012). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (11). DOI: 10.1002/14651858.CD007407.pub3.
- Wilson, K; Mottram Patricia, G; Vassilas, C (2008). Psychotherapeutic treatments for older depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1). DOI: 10.1002/14651858.CD004853.pub2.

## Anhang II: Health Technology Assessments

### Health Technology Assessments (in alphabetischer Reihenfolge)

- Arora, N; Weston, A (2009). Review of national and international clinical practice guidelines for the management of Borderline Personality Disorder: a systematic review. Christchurch: Health Services Assessment Collaboration (HSAC).
- Boudreau, R; Moulton, K; Cunningham, J (2010). Self-directed cognitive behavioural therapy for adults with diagnosis of depression: systematic review of clinical effectiveness, cost-effectiveness, and guidelines. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.
- Brazier, J; Tumur, I; Holmes, M; Ferriter, M; Parry, G; Dent-Brown, K; Paisley, S (2006). Psychological therapies including dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: a systematic review and preliminary economic evaluation. Health Technology Assessment 10(35).
- Durham, RC; Chambers, JA; Power, KG; Sharp, DM; Macdonald, RR; Major, KA; Dow, MGT; Gumley, AI (2005). Long-term outcome of cognitive behaviour therapy clinical trials in central Scotland. Health Technology Assessment 9(42).
- Gaynes, BN; Lux, L; Lloyd, S; Hansen, RA; Gartlehner, G; Thieda, P; Brode, S; Swinson Evans, T; Jonas, D; Crotty, K; Viswanathan, M; Lohr, KN (2011). Nonpharmacologic interventions for treatment-resistant depression in adults. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).
- Gowers, SG; Clark, AF; Roberts, C; Byford, S; Barrett, B; Griffiths, A; et al. (2010). A randomised controlled multicentre trial of treatments for adolescent anorexia nervosa including assessment of cost-effectiveness and patient acceptability – the TOuCAN trial.
- Jonas, DE; Cusack, K; Forneris, CA; Wilkins, TM; Sonis, J; Middleton, JC; Feltner, C; Meredith, D; Cavanaugh, J; Brownley, KA; Olmsted, KR; Greenblatt, A; Weil, A; Gaynes, BN (2013). Comparative effectiveness of psychological treatments and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).
- Korzcak, DW, M.; Schneider, M. (2012). Therapie des Burnout-Syndroms. DIMDI.

## Anhang III: Leitlinien

### Leitlinien (in alphabetischer Reihenfolge)

- ACPMH (2013). Australian Guidelines for the Treatment of Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. Australian Center for Posttraumatic Mental Health.
- AHRQ (2010). Clinical practice guideline on attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Anderson, EM; Lambert, MJ (2001). A survival analysis of clinically significant change in outpatient psychotherapy. *J Clin Psychol* 57(7): 875-88.
- APA (2010). Treatment of Patients With Major Depressive Disorder. American Psychiatric Association.
- Bandelow, B; Wiltink, J; Alpers, GW; Benecke, C; Deckert, J; et al. (2014). Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen.
- DeGPT; et al. (2011). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie u.a.
- 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 (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 (2009). S2-Leitlinie. Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. 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.
- DKPM (2012). S3-Leitlinie Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. Tübingen: Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin.
- Kernberg, PF; Ritvo, R; Keable, H; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Committee on Quality, I (2012). Practice Parameter for psychodynamic psychotherapy with children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 51(5): 541-57.
- NHMRC (2012). Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder. Canberra: National Health and Medical Research Council.
- NHMRC (2012). Clinical Practice Points on the diagnosis, assessment and management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children and adolescents. Canberra: National Health and Medical Research Council.
- NICE (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. Last modified: March 2014. National Institute for Health and Care Excellence.
- NICE (2013). Psychosis and schizophrenia in children and young people. National Institute for Health and Care Excellence.
- NICE (2013). Autism. The management and support of children and young people on the autism spectrum. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- NICE (2013). Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition, intervention and management. National Institute for Health and Clinical Excellence.

**Leitlinien (in alphabetischer Reihenfolge)**

- NICE (2013). Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- NICE (2012). Autism: recognition, referral, diagnosis and management of adults on the autism spectrum. 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 (2011). Common mental health disorders. Identification and pathways to care. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- NICE (2011). Psychosis with coexisting substance misuse. Assessment and management in adults and young people. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- NICE (2011). Self-harm: longer-term management. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- NICE (2009). Borderline personality disorder. Treatment and management. 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.
- NICE (2008). Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. Last modified: March 2013. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- 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.
- SIGN (2009). Management of attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

## Anhang IV: Auflistung der Expertengespräche

Nr.	Datum	Organisation	Gesprächspartner	Funktion
1.	18.09.2014	Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (BApK)	Gudrun Schliebener	Vorstandsvorsitzende
			Christian Zechert	Vorstandsmitglied
2.	19.09.2014	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)	Prof. Dr. Wolfgang Maier	Vorstandsmitglied und Past President der DGPPN
			Dr. Iris Hauth	Präsidentin der DGPPN
3.	26.09.2014	Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV)	Dipl.-Psych. Barbara Lubisch	Bundevorsitzende (DPtV)
			Dipl.-Psych. Gebhard Hentschel	Stellvertretender Bundesvorsitzender (DPtV)
			Dipl.-Psych. Sabine Schäfer	Stellvertretende Bundesvorsitzende (DPtV)
			Dipl.-Psych. Dieter Best	Stellvertretender Bundesvorsitzender (DPtV)
			Dipl.-Psych. Dr. Enno Maaß	Kooptiertes Bundesvorstandsmitglied (DPtV)
			Dipl.-Psych. Mechthild Lahme	Bereichsleiterin des Referats Psychotherapie und Praxismanagement in der Bundesgeschäftsstelle (DPtV)
			Dipl.-Psych. Kerstin Sude	Stellvertretende Bundesvorsitzende (DPtV)
			Dipl.-Pol. Carsten Frege	Bundesgeschäftsführer (DPtV)
4.	29.09.2014	Techniker Krankenkasse	Dr. med. Thomas M. Ruprecht	Fachreferent
5.	07.10.2014	Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (PKNDS)	Dipl.-Psych. Gertrud Corman-Bergau	Präsidentin der PKNDS
6.	09.10.2014	Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)	Dr. Andreas Dahm	Referat Psychotherapie
7.	17.10.2014	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)	Dr. Beate Gruner	Stellv. Vorstandsvorsitzende
			Prof. Dr. Johannes Kruse	Vorstandsvorsitzender
8.	21.10.2014	Patient I	anonym	Experte aufgrund Erfahrung mit ambulanter Psychotherapie

Nr.	Datum	Organisation	Gesprächspartner	Funktion
9.	22.10.2014	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin	Dipl.-Heilpäd. Barbara Breuer-Radbruch	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Systemische Therapeutin, Ambulanz- und Ausbildungsleiterin für den KJP-TP-Bereich des MAPP-Instituts
10.	28.10.2014	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	Dipl.-Psych. Timo Harfst	Psychologischer Psychotherapeut, Wissenschaftlicher Referent
11.	04.11.2014	Patientenvertretung (G-BA)	Dipl.-Psych. Jürgen Matzat	Patientenvertretung
			Prof. em. Dr. Dr. Ilse Heberlein	Patientenvertretung
12.	19.11.2014	Patient II	anonym	Experte aufgrund Erfahrung mit ambulanter Psychotherapie
13.	28.11.2014	Universität Trier, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie	Prof. Dr. Wolfgang Lutz	Leiter der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Leiter der Poliklinischen Psychotherapieambulanz und der Postgradualen Weiterbildung „Psychologische Psychotherapie“
14.	05.12.2014	Universität Bern, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie	Prof. Dr. Franz Caspar	Leiter der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie, Leiter der Psychotherapeutischen Praxisstelle, Leiter der Postgradualen Weiterbildung Psychotherapie
15.	05.12.2014	GKV-Spitzenverband (GKV-SV)	Dr. Thomas Uhlemann	Referatsleiter Bedarfsplanung, Psychotherapie, Neue Versorgungsformen des GKV-SV
16.	16.01.2015	Uniklinik Köln, Zentrum für Neurologie und Psychiatrie	Prof. Dr. Manfred Döpfner	Leitender Psychologe an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kinder- und Jugendalters der Universität Köln, Universitätsprofessor für Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Uniklinik Köln

## Anhang V: Leitfragen für die Expertengespräche

1. Was kennzeichnet Ihrer Meinung nach eine gute Qualität in der ambulanten Psychotherapie?
2. Was sind konkrete Ziele einer ambulanten Psychotherapie?
3. Was ist (für den Patienten) ein gutes Ergebnis einer ambulanten Psychotherapie?
4. In den folgenden Fragen bitten wir Sie um Ihre Einschätzung zu möglichen Qualitätsproblemen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Bitte begründen Sie jeweils Ihre Ansicht (z.B. mit Erfahrungswerten oder Studienergebnissen). Wie relevant sind Ihrer Meinung nach einzelne Defizite (sehr relevant, teilweise relevant oder weniger relevant)?
  - a) Welches sind aus Ihrer Sicht konkrete Qualitätsprobleme hinsichtlich der Indikationsstellung?
  - b) Gibt es aus Ihrer Sicht konkrete Qualitätsprobleme hinsichtlich des Prozesses/Verlaufs in der ambulanten Psychotherapie?
  - c) Gibt es aus Ihrer Sicht konkrete Qualitätsprobleme bei der Beendigung einer ambulanten Psychotherapie?
  - d) Gibt es aus Ihrer Sicht konkrete Probleme abhängig von der Therapieart (Verfahren, Einzel-/Gruppentherapie, Kurz-/Langzeittherapie)?
  - e) Gibt es aus Ihrer Sicht konkrete Probleme bzgl. bestimmter Patientengruppen oder Krankheitsbilder?
  - f) Gibt es aus Ihrer Sicht konkrete Qualitätsprobleme im Zusammenhang mit den probatorischen Sitzungen?
  - g) Sehen Sie konkrete Probleme im Zusammenhang mit der Kooperation mit anderen Leistungserbringern im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie?
5. Bitte schätzen Sie für die Punkte a) bis g) ein: Welches sind Ihrer Ansicht nach geeignete Instrumente zur Umsetzung eines möglichen Qualitätssicherungsverfahrens? (z.B. Routinedaten, manuell zu erhebende Daten, Patientenbefragung, Angehörigenbefragung)?
6. Welche der genannten Qualitätsprobleme lassen sich im Rahmen eines QS-Verfahrens konkret adressieren und den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern zurückspiegeln?
7. Wie schätzen Sie insbesondere eine Patientenbefragung bzw. Angehörigenbefragung als Erhebungsinstrument ein?
8. Sehen Sie Qualitätsprobleme hinsichtlich der Dauer und Frequenz in der ambulanten Psychotherapie?
9. Sehen Sie Qualitätsprobleme hinsichtlich der Kooperation zwischen somatischem Arzt und Psychotherapeut?
10. Lassen sich Therapieabbrüche sinnvoll von Therapiebeendigungen differenzieren? Wären daraus Qualitätsinformationen ablesbar?
11. Sollten bestimmte Patientenkollektive oder Krankheitsbilder in einem möglichen QS-Verfahren besonders berücksichtigt werden?
12. Inwieweit werden folgende Leistungen im ambulanten Bereich abgerechnet:
  - Psychoedukation
  - Angehörigengespräche
  - Suizidversuche
  - Körperliche Untersuchungen
  - Koordination der Versorgung
13. Wo sehen Sie Besonderheiten bei der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung bzgl. der Teilnahme an der externen (vergleichenden) Qualitätssicherung?
14. Könnte Ihrer Meinung nach die Einführung einer bundesweit einheitlichen Basisdokumentation ein möglicher Einstieg in die Qualitätssicherung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung sein?

15. Wie beurteilen Sie das obligatorische Gutachterverfahren, insbesondere als Instrument der Qualitätssicherung?
16. Welche Qualitätsinitiativen (Projekte zur Messung der Versorgungsqualität in der ambulanten Psychotherapie) sind Ihnen bekannt?
17. Ist Ihnen relevante wissenschaftliche Literatur bekannt?
18. Sind Ihnen weitere Experten bekannt, die wir einbeziehen sollten?

# Anhang VI: Zusammenfassendes Ergebnisprotokoll der Expertengespräche

## Was kennzeichnet Ihrer Meinung nach eine gute Qualität in der ambulanten Psychotherapie?

Kennzeichen guter Qualität in der ambulanten Psychotherapie sind gründliche Diagnostik, eine umfassende Aufklärung des Patienten, Monitoring des Therapieverlaufs, eine individuelle und patientenorientierte Behandlung und die Berücksichtigung individueller Notwendigkeiten im Therapieverlauf. Wichtig ist außerdem die Berücksichtigung von Risikofaktoren des Patienten bei der Therapieplanung und Anpassung an die Ressourcen des Patienten im Sinne von: Welche Behandlung ist unter Berücksichtigung der individuellen Belastungsfaktoren und Ressourcen des Patienten Erfolg versprechend? Was sind realistische Ziele unter den gegebenen Voraussetzungen?

Für eine gute Qualität sprechen auch eine ausführliche Anamnese und valide Messungen bei Diagnostik und Differentialdiagnostik.

Die eigentliche Therapie sollte zeitnah nach der Probatorik beginnen.

Qualität misst sich zudem an den Ergebnissen einer Psychotherapie. Eine gute Strukturqualität (beispielsweise im Sinne einer guten Ausbildung) ist dabei Voraussetzung.

### Gründliche Diagnostik

Ein Aspekt wäre die Diagnostik vor/zu Beginn der Therapie. Ein Qualitätsmerkmal wäre, wie strukturiert und standardisiert die Diagnostik durchgeführt wird. Im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung erfolgt eine strukturierte Diagnostik häufig nicht. Im Modellprojekt der TK hat sich eine strukturierte und standardisierte Diagnostik jedoch bewährt, da hierüber mehr Störungen und Komorbiditäten festgestellt werden konnten. Die Erkenntnisse konnten in die Therapieplanung einfließen.

Die Diagnose allein ist nicht immer geeignet für die Steuerung bzw. als Indikation zur Psychotherapie, da einige Diagnosen nicht valide sind. Auch müssen nicht alle Patienten mit derselben Diagnose zwingend Psychotherapie erhalten. Entscheidend für die Indikation zur Psychotherapie ist der individuelle Bedarf des Patienten. Dieser Bedarf kann innerhalb einer Diagnose stark variieren. Gegenwärtig wird dies aber nur mangelhaft umgesetzt. Wichtig ist, dass die Resilienz der Patienten gestärkt wird. Es sollten nur jene Patienten Psychotherapie erhalten, die diese auch benötigen. Zu viel Hilfe und Therapie kann im Einzelfall beim Patienten auch zu Dysfunktionalität führen. Vor diesem Hintergrund sind auch die oft langen Krankenschreibungszeiten kritisch zu betrachten.

### Indikationsstellung

- Die Frage der angemessenen Indikationsstellung für die Psychotherapie zielt auf die Anwendung des für die entsprechende Diagnose indizierten Psychotherapieverfahrens ab. Allerdings gibt es für einige der häufigsten Diagnosen entweder keine aktuellen deutschen Leitlinien oder die bestehenden Leitlinien enthalten keine Empfehlungen zur Wahl des Therapieverfahrens. Als eine der wenigen Leitlinien macht die Leitlinie zu Angststörungen Aussagen zur Indikationsstellung und empfiehlt vorrangig die Verhaltenstherapie. Ein Indikator, mit dem betrachtet wird, welcher Anteil an Patienten mit Angststörungen eine Verhaltenstherapie erhalten hat, ist jedoch kritisch zu sehen, denn bei der Wahl der Therapieart spielen neben der Diagnose auch die Patientenpräferenzen und die Gesamtsituation des Patienten eine Rolle.
- Es gibt keine Hinweise, dass bei leichten psychischen Störungen mit einer Psychotherapie nicht ausreichend abgewartet wird. Aufgrund langer Wartezeiten vor Beginn einer Psychotherapie gibt es häufig ein systembedingtes „Watchful Waiting“.
- Grundsätzlich ist die Verhaltenstherapie die Therapie der Wahl, da sie den größten Nutzen für den Patienten (und das Umfeld) bzgl. oben genannter Ziele bringt, wenngleich fallabhängig auch andere Therapieformen sinnvoll sein können. Bei schweren Depressionen beispielsweise empfehlen die Experten, immer eine Kombinationsbehandlung, bestehend aus Pharmakotherapie, Psychotherapie (insbesondere KVT) und weiteren Maßnahmen wie Ergotherapie durchzuführen.

- Problematisch für die Indikation ist, dass auch bei valider Diagnostik, die ICD-10-Kodierung nichts über den Verlauf der Erkrankung bzw. der Therapie aussagt.
- Generalisierungen zur Kurz- und Langzeittherapie bzw. Gruppen- und Einzeltherapie sind äußerst schwierig. Dies betrifft insbesondere die Indikation.
- Zur Indikation gehört nicht nur die Diagnose, sondern dazu zählt auch der Änderungswille des Patienten – fehlt dieser, ist die Zweckmäßigkeit einer Therapie nicht gegeben und Zielvereinbarungen sind nicht vernünftig möglich. Ggf. kann dies zu der Entscheidung führen, von einer Therapie zum aktuellen Zeitpunkt abzusehen, um zunächst bestimmte Faktoren im Umfeld des Patienten zu verändern (z.B. Schaffung eines sicheren häuslichen Umfelds). Statt der Psychotherapie könnte man zunächst therapeutische Gespräche als stützende Kurzinterventionen anbieten.
- Es ist gute Qualität, wenn der Psychotherapeut die indizierte psychotherapeutische Behandlung von Patienten ablehnt, weil er sich selbst dafür nicht für qualifiziert genug hält oder andere Gründe einer erfolgreichen Behandlung im Wege stehen und den Patienten an einen anderen Psychotherapeuten verweist.

### **Patientenaufklärung/Partizipative Entscheidungsfindung**

Eine gute Aufklärung erzeugt ein besseres Verständnis für das Krankheitsbild und ist auch für die Familie/das Umfeld hilfreich. Hinzu kommt eine gute Aufklärung über die beste psychotherapeutische Intervention.

Zentral ist weiterhin die Zielfestlegung (Zielveränderung – Zielerreichung), d.h. gemeinsam mit dem Patienten müssen Ziele gefunden, eventuell angepasst und überprüft werden (shared decision making). Dies wirkt sich auch positiv auf die Adhärenz aus.

In der Anamnese sollten nicht nur die Symptome, sondern die Gesamtsituation erfasst werden. Wenn in der Anamnese nur die Akutsymptomatik betrachtet und in der Folge auch nur diese behandelt wird, kann es leicht passieren, dass Symptome lediglich verschoben werden.

Expertenkonsens besteht darüber, dass eine umfassende Probatorik inklusive Patientenaufklärung und Therapieplanung Voraussetzung für eine gute Psychotherapie ist.

### **Kooperation**

Die Kooperation des Psychotherapeuten mit anderen Leistungserbringern (Psychiater, Hausärzte, komplementäre Dienste, Internisten, stationäre Einrichtungen) ist ein relevanter Qualitätsaspekt. Für die am häufigsten versorgte Klientel sind v.a. andere Fachärzte (je nach Erkrankung), Hausärzte und der stationäre Bereich relevant. Wenn der Patient die Weitergabe von Informationen nicht wünscht, kann dies natürlich dazu beitragen, dass die anderen beteiligten Leistungserbringer bestimmte Informationen nicht erhalten. Dennoch lässt sich vermuten, dass die Kooperation nicht so gut erfolgt, wie es sein könnte. Es würde ausreichen, z.B. an den Hausarzt nur die relevanten Informationen ohne Details weiterzugeben: z.B. Informationen zum Behandlungsverlauf, inwieweit eine Besserung eingetreten ist und wo der Patient gerade steht. Es ist auch sinnvoll, sich über Aspekte der Arbeitsunfähigkeit auszutauschen, insbesondere wenn es aus Sicht des Psychotherapeuten sinnvoll ist, dass der Patient regelmäßig zur Arbeit geht. Gute Qualität wäre eine verbindliche persönliche Erreichbarkeit (d.h. nicht nur über den Anrufbeantworter) in einem adäquaten Zeitraum.

Ein sinnvolles Ziel wäre die zunehmende „Professionalisierung“, d.h. die Bildung größerer Einheiten anstelle des Einzelpraxismodells. Hier könnte Praxispersonal angestellt sein, das die Psychotherapeuten bei den Aufgaben der Kooperation unterstützt.

### **Verlauf**

- In der Therapiegestaltung ist Flexibilität äußerst wichtig. Die Wirkung der Therapie entfaltet sich v.a. in den Pausen zwischen den Sitzungen.
- Variablen, die den Therapieverlauf beeinflussen, können insbesondere im Umfeld des Patienten liegen (gerade bei Kinder und Jugendlichen spielt dies eine erhebliche Rolle). Eine schlechte materielle Versorgung führt z.B. häufiger zu Therapieabbrüchen.
- Der Therapeut schuldet dem Patienten die optimale Zurverfügungstellung der Wirkfaktoren.

- Regelmäßige Überprüfung und ggf. Anpassung der Ziele: Im Verlauf der Therapie sollten die vereinbarten Ziele immer wieder überprüft und ggf. angepasst werden. Wenn eine Therapie gut verläuft, dann verändert sich über die Zeit etwas – was auch die Therapieziele verändern kann.
- Offenheit für kurzfristig auftretende Fragen/Problemstellungen: Manchmal sind akute Kriseninterventionen notwendig. Ein Therapeut sollte flexibel und offen dafür sein, akut die notwendigen Hilfestellungen zu leisten, ohne dass dies als Versagen des Patienten oder des Therapeuten aufgefasst wird.
- Offenheit für Kontroversen; Aushandlung von Meinungsverschiedenheiten: Viele Therapeuten können mit Meinungsverschiedenheiten eher schwer umgehen; möglicherweise wird dadurch das therapeutische Selbstwertgefühl angegriffen. Gerade wenn ein inhaltlicher Dissens besteht, ist aber die Kommunikation auf Augenhöhe besonders wichtig, um gemeinsam tragfähige Lösungen entwickeln zu können.
- Psychoedukation sollte in den Therapieverlauf integriert werden.
- Man darf keine lineare Verbesserung erwarten.

### **Frequenz/Dauer der Therapie**

Es ist schwierig, etwas aus der Frequenz oder Dauer der Therapie abzulesen. Wenn allerdings ein Psychotherapeut immer konsequent das gesamte Therapiekontingent ausschöpft, könnte dies ein Hinweis darauf sein, dass nicht auf den Therapieverlauf Rücksicht genommen wird. Oder wenn alle Therapien eher zu kurz laufen, könnte dies darauf hinweisen, dass Therapieverlängerungen gescheut werden (für die ein neuer Antrag geschrieben werden müsste).

Als Qualitätskriterium eine Frequenz von „einmal die Woche“ festzulegen, ist nicht sinnvoll. Daten zeigen, dass dies nicht stattfindet. Ein Grund hierfür ist, dass die Frequenz von zu vielen anderen Faktoren abhängt, u.a. auch vom Patienten. Zudem gibt es keine Evidenz dafür, dass eine wöchentliche Frequenz zu einem besseren Ergebnis führt. Die Frequenz kann sich im Therapieverlauf ändern: In der frühen Phase ist es häufig sinnvoll, intensiv zu behandeln und später, wenn es z.B. um die Rezidivprophylaxe geht, kann es sinnvoll sein, wenn Sitzungen in größeren Abständen stattfinden.

### **Rezidivprophylaxe**

Das Vermeiden/ Hinauszögern bzw. die Früherkennung von Rezidiven sowie die entsprechend rechtzeitig vorgenommene Intervention bzgl. dieser kann – grundsätzlich gesehen – ein Qualitätsaspekt sein. Es gibt Evidenz dafür, dass das Rezidivrisiko gesenkt werden kann, wenn Patienten in gewissen Intervallen immer wieder Termine beim Psychotherapeuten haben. Viele (chronisch erkrankte) Patienten haben langfristigen Unterstützungsbedarf, der mal mehr, mal weniger stark ausfällt.

### **Therapeut-Patient-Beziehung**

Expertenkonsens besteht darüber, dass eine gute Psychotherapie sich durch eine gute therapeutische Beziehung auszeichnet, die ein erheblicher Wirkfaktor ist.

Zu bedenken ist, dass in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung – anders als in der stationären psychiatrischen Versorgung – keine Versorgungspflicht besteht. Vielmehr kann der Psychotherapeut seine Patienten auswählen. Aufgrund der erheblichen Nachfrage nach Psychotherapieplätzen ist dies auch praktisch möglich. Es kann vermutet werden, dass durch diesen Umstand überwiegend Patienten ausgewählt werden, für die der Aufbau einer guten Therapeut-Patienten-Beziehung als eher unproblematisch eingestuft wird.

### **Supervision**

Man könnte als Qualitätspotenzial messen, ob Supervisionen überhaupt stattfinden. Letztlich sind Supervisionen QS-Maßnahmen, weil sich der Psychotherapeut externen Rat holt. Allerdings müssen Supervisionen nicht bzgl. jedes Patienten erfolgen, sondern nur in den Fällen, in denen Probleme auftauchen. Da es bzgl. der Supervision keine strukturierten Vorgaben gibt, kann man hier keine weiteren Qualitätsanforderungen formulieren.

**Angehörigeneinbezug**

- Der Einbezug von Angehörigen kann eine sehr qualitätsfördernde Ressource sein.
- Dies betrifft insbesondere auch die Anamnese, Aufklärung, Zielfestlegung und Rückfallprophylaxe. Angehörige sollten in die Psychoedukation einbezogen werden, da sie (v.a. bei chronisch Erkrankten) eine wichtige Rolle in der Früherkennung von Rezidiven spielen können.
- Familiengespräche im Rahmen einer Psychotherapie werden als sinnvoll eingeschätzt (abhängig von Patient und Krankheitsbild).

**Was sind konkrete Ziele einer ambulanten Psychotherapie?/Was ist (für den Patienten) ein gutes Ergebnis einer ambulanten Psychotherapie?**

Es besteht Konsens bei den Experten, dass die Frage, was Ziel oder ein gutes Ergebnis einer Psychotherapie ist, individuell und interpretierbar ist. Entscheidend ist dabei immer die Patientenorientierung, d.h. was aus Sicht des Patienten erreicht werden soll und am Ende erreicht wurde. Dabei muss nicht immer eine Verbesserung das wesentliche Ziel sein, manchmal geht es auch „nur“ um die Verhinderung von Verschlechterung. Heilung oder Gesundheit steht gegenüber anderen Versorgungsbereichen weniger im Vordergrund.

Konsens besteht auch darüber, dass – auch wenn der Fokus der Therapie nicht zwingend auf den Symptomen liegen muss – Symptomabbau bzw. -reduzierung oder zumindest Toleranz gegenüber den Symptomen zentrale Ziele einer Psychotherapie sind, insbesondere wenn diese störenden Einfluss auf wichtige Lebensbereiche haben. Dennoch liegt der Fokus bei der Beurteilung eines Therapieergebnisses nicht nur auf der Symptomveränderung, sondern beispielsweise auch auf der Zielerreichung oder der Verbesserung der Lebensqualität.

Des Weiteren wurden genannt:

- Reduzierung des Leidensdrucks beim Patienten (und im Umfeld)
- Allgemein: Lebensfähigkeit, Beziehungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit
- Erhöhung der Lebensqualität
- Reduzierung des Beeinträchtigungsgrades
- Stabilisierung des Patienten
- Krankheitsakzeptanz oder das gute Umgehen mit der Erkrankung
- Erhöhung des sozialen Funktionsniveaus (Alltagsbewältigung)
- Entwickeln von Selbstregulationsfähigkeit, Selbstwirksamkeit, Selbstorganisation, Selbsthilfe und positiver Lebensbewältigung, sodass das Leben ohne therapeutische Unterstützung bewältigt werden kann
- Entwicklung neuer Perspektiven
- Akzeptieren von Unveränderlichkeiten
- Verbesserung der Bewältigungsstrategien
- Fähigkeit zur Problemlösung
- Integrieren von Lebensproblemen
- Einschränken von Risikoverhalten
- Problematische Denk- und Verhaltensmuster verlernen
- Berufsorientierte Arbeitsfähigkeit
- Vermeidung von Frühberentung
- Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis

**In den folgenden Fragen bitten wir Sie um Ihre Einschätzung zu möglichen Qualitätsproblemen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung.****Beginn**

- Gerade zu Beginn der Therapie bzw. davor wird zu wenig Zeit investiert, um alle relevanten Variablen, die sich auf den Verlauf und das Ergebnis auswirken könnten, zu erfassen (dies betrifft z.B. auch Patienten mit Migrationshintergrund). Konsens besteht dahingehend, dass die Probatorik häufig nicht umfassend genug und die Indikationsstellung nicht ausreichend qualifiziert erfolgt.
- Dies betrifft insbesondere die Anamnese, obwohl sie grundlegend für die Therapie ist. In der Anamnese werden zu oft nur Symptome und nicht das gesamte Lebensumfeld des Patienten erfasst. So kommt es vor, dass der Behandler auf Grundlage eines sehr kurzen Gesprächs – in dem er nur auf bestimmte Stichworte hört – eine erste Diagnose stellt. Nachvollziehbar wäre, wenn auf diese Weise eine Verdachtsdiagnose ge-

stellt wird. Das Problem ist aber, dass diese Indikationen/Diagnosen häufig nicht mehr hinterfragt werden und man als Patient bestimmte Fehldiagnosen nur schwer korrigieren kann. Psychotherapeuten sollten jedoch sehr genau hinschauen, die (eigenen) Diagnosestellungen hinterfragen und ggf. auch Kollegen einbeziehen. Wenn anfangs zu wenig Sorgfalt angewandt wird, ziehen sich bestimmte Probleme durch den gesamten Therapieverlauf.

- Vor allem die Differentialdiagnostik findet nicht in ausreichendem Umfang in der Praxis statt.
- Die Indikationsstellung erfolgt häufig entsprechend dem Fachgebiet des Therapeuten (schlechte differentielle Indikationsstellung). Die Zuweisung zu einer bestimmten Therapie sollte aber indikationsspezifisch, d.h. adäquat hinsichtlich der entsprechenden Störung erfolgen. Zum Beispiel können sich Angststörungen unter Umständen chronifizieren, wenn man nur einen verhaltenstherapeutischen Ansatz wählt. Problematisch ist, dass viele Therapeuten für sich selbst beanspruchen, jedes Erkrankungsbild behandeln zu können.
- Ein großes Qualitätsproblem ist die ausreichende Aufklärung über die Therapie und v.a. Therapieziele, die grundsätzlich in Absprache mit dem Patienten festgelegt werden sollten.
- Die Aufklärung der Patienten hinsichtlich Behandlungsalternativen scheint ein Qualitätsproblem zu sein. Zum Beispiel erfolgt die Aufklärung über medikamentöse Behandlungsalternativen zu selten. Im Rahmen einer Patientenbefragung (z.B. von Patienten mit schwerer Depression) könnte man folgende Frage stellen: „Ist Ihnen empfohlen worden, zusätzlich eine medikamentöse Therapie zu machen?“
- Komorbiditäten werden häufig zu grobkörnig erfasst. Auch dies kann sich auf den Prozess auswirken.
- Therapeuten arbeiten/entscheiden zu häufig auf Basis ihrer Erfahrungen.
- Die Therapiefrequenz ist zu Beginn der Therapie oft zu niedrig.

Konsens besteht auch dahingehend, dass ein erhebliches Qualitätsdefizit hinsichtlich der **Kooperation** mit anderen Leistungserbringern besteht. Die Probleme bzgl. der Kooperation zwischen Therapeut und anderen Behandlern sind insbesondere:

- Hausärzte überweisen die Patienten häufig zu spät.
- Mangelhafte Einstellung und Überwachung der Medikation.
- Gefahr, dass somatische Erkrankungen übersehen oder nicht ausreichend versorgt werden.
- Die somatische Mitbehandlung (begleitende Versorgung durch einen Arzt) wird häufig nicht ausreichend beachtet. Meist lässt die somatische Mitbehandlung über die Dauer der Psychotherapie nach. Ein Merkmal für die Qualität der ambulanten Psychotherapie kann daher eine kontinuierliche Kontrolle der Medikation und der somatischen Versorgung sein.
- Die ärztliche Betreuung ist ein lebenslanger Vorgang, in dem die Psychotherapie ein zeitlich begrenztes Element sein kann. Dadurch ist gerade bei chronisch Erkrankten eine langfristige Perspektive wichtig, um Diskontinuitäten zu vermeiden.
- Es besteht häufig kein ausreichender Kontakt zwischen Psychotherapeut und Hausarzt/Facharzt. Psychotherapeuten geben oft keine Rückmeldungen an den Hausarzt zum Verlauf oder Erfolg der Therapie. Eine Pflicht zur Dokumentation für Psychotherapeuten, in der festgehalten wird, wann der Psychotherapeut mit dem Arzt kommuniziert hat, erscheint sinnvoll.
- Ein strukturelles Qualitätsdefizit hinsichtlich des Themas „Kooperation“ ist die schlechte Erreichbarkeit des Psychotherapeuten durch den Hausarzt. Viele Psychotherapeuten sind nur über den Anrufbeantworter zu erreichen.

Viele Patienten wollen allerdings explizit keine Kooperation. Zudem ist der Datenschutz ein relevantes Thema: Patienten haben Angst, dass etwas nach draußen dringt, der Therapeut darf ohne die Zustimmung des Patienten nicht mit dem Hausarzt sprechen. Die Schweigepflicht ist ein hohes Gut. Bei einer guten Therapie ist eine differenzierte Entbindung von der Schweigepflicht ein gutes Qualitätsmerkmal einer Psychotherapie.

### Verlauf

- Umfeldfaktoren können Verläufe verlängern. Diese werden bisher nicht systematisch erfasst.
- Messinstrumente werden von vielen Therapeuten gar nicht eingesetzt. Analytiker sind grundsätzlich ganz anders aufgestellt, und auch viele Verhaltenstherapeuten oder Tiefenpsychologen nutzen in der Regel keine Messinstrumente. Das ist ein Qualitätsproblem – konkret ein fehlendes objektives Monitoring. Die subjektive Wahrnehmung des Patienten sollte viel stärker zum Ausdruck kommen. Grundsätzlich sollte der Therapeut jedes Quartal eine Diagnostik durchführen. Da bestimmte Diagnosen Diskriminierungen nach sich ziehen können, agieren Therapeuten da oft sehr zurückhaltend/vorsichtig.

- Ambulante Psychotherapie ist in Deutschland zeitlich begrenzt. Die in der Richtlinie festgelegten Stundenkontingente sind nicht evidenzbasiert. Es gibt gegenwärtig lediglich Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapie. Evidenz zu einer geeigneten Länge einer Psychotherapie sowie zur Frequenz von Psychotherapiesitzungen ist nicht vorhanden. Die Dauer der Therapien ist oft zu lang.
- Es gibt unter den Experten auch die Auffassung, dass die Befürchtungen, dass Kontingente zu sehr ausgereizt werden und Psychotherapien zu lange dauern, nicht begründet sind. Ein sehr hoher Prozentsatz der Psychotherapien sind Kurzzeittherapien. Langzeittherapien werden außerdem häufig nicht voll ausgenutzt. Eine Therapie wird dann beendet, wenn zwischen Patient und Therapeut der Konsens besteht, dass die Therapie vorerst ausreichend erfolgt ist; oder wenn Patient oder Therapeut dieser Ansicht sind.
- Die Frequenz der Therapiesitzungen ist hochgradig vom Einzelfall abhängig. Beispielsweise sollten Menschen, die sonst überfordert werden, eher eine niedrigfrequente Therapie erhalten.
- Es wäre ein Qualitätszuwachs zu erwarten, wenn sich das „isolierte Therapeutentum“ stärker mit anderen Professionen verbinden würde, d.h. wenn sich die therapeutische Behandlung besser in die gesamte gesundheitliche Versorgung integriert. Insbesondere bzgl. somatoformer Störungen müssten die beteiligten Leistungserbringer (auch Internisten) ein Team bilden.
- Grundsätzlich lässt sich jedoch sagen, dass Paar- bzw. Familientherapien weniger eingesetzt werden als sie benötigt werden. Vermutlich liegt es daran, dass beide Formen schwer abzurechnen sind und die Therapieformen den Ärzten daher nicht ausreichend präsent sind.

### Ende

- Qualitätsprobleme werden auch beim Beenden der Therapie gesehen. Auf die begrenzte Therapiedauer sollte der Patient hingewiesen werden. Grundsätzlich werden Patienten nicht ausreichend auf den Abschluss der Therapie vorbereitet.
- Sinnvoll ist es, das Kontingent einiger Sitzungen in Reserve zu halten für sogenannte „Mustersessions“ nach einem zwischenzeitigen Ende der Therapie; auch ein Ausschleichen der Therapie kann sinnvoll sein.
- Ungeplante Therapieabbrüche, gerade bei Patienten mit schweren Beeinträchtigungen, können ein Hinweis auf ein Problem bzgl. der Compliance sein. Es ist aber nicht unbedingt ein Qualitätsproblem, wenn es in der Psychotherapie gelegentlich zu konflikthafter Trennungen kommt.
- Prozesse zum Therapieabschluss sollten klarer definiert werden. Es sollte auch standardmäßig einen Abschlussbericht geben.

### Sonstiges

Daten deuten darauf hin, dass ein Qualitätsdefizit bzgl. der medikamentösen Behandlung bei unipolarer Depression besteht: Patienten mit schwerer Depression erhalten nicht häufiger eine medikamentöse Mitbehandlung als Patienten mit leichter Depression.

Allgemein wird zusätzlich als problematisch eingeschätzt:

- Unzureichende telefonische Erreichbarkeit der Therapeuten (einschließlich Rückrufe)
- Zugang zur Psychotherapie insgesamt: v.a. ältere Menschen, die nicht mehr erwerbsfähig sind, haben einen erschwerten Zugang
- Fehlende Niedrigschwelligkeit für Schwer- und Schwersterkrankte
- Selektivrecht der Therapeuten, das „problembehaftetere“ Patienten benachteiligt.
- Patienten mit einer F2-Diagnose sind in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung unterrepräsentiert. Ebenso Patienten mit anderen schweren Störungen im Verhältnis zu den epidemiologischen Daten (z.B.: Suchterkrankungen, Borderline).
- Qualifikation zur Behandlung von PTBS ist häufig nicht ausreichend
- Gruppentherapien werden zu selten angeboten
- Bei leichten Depressionen/psychischen Erkrankungen gibt es möglicherweise eine Überversorgung. Therapeuten sollten idealerweise einen Mix an Patienten mit schwereren und leichteren Patienten haben (zu viele Schwer- und Schwerstbetroffene könnten den Therapeuten überlasten).
- Es gibt auch Risikofaktoren hinsichtlich des Erfolgs der Therapie, die den Therapeuten betreffen. Diese sind z.B. fehlende Qualifikation, fehlende Erfahrungen oder Unsicherheit, Überidentifikation mit dem Patienten. Ein weiterer Risikofaktor ist eine hohe Ablehnung gegenüber dem Patienten, möglicherweise bedingt durch das Erkrankungsbild, die zu mangelnder Empathie führen kann.

**Bitte schätzen Sie für die Punkte a) bis g) ein: Welches sind Ihrer Ansicht nach geeignete Instrumente zur Umsetzung eines möglichen Qualitätssicherungsverfahrens?**

- Eine standardisierte Batterie an Erhebungsinstrumenten, wobei es sich im Wesentlichen um strukturierte Interviewbögen handelt, die zur Eingangs-, Verlaufs- und evaluativen Diagnostik eingesetzt werden. An Ausbildungsinstituten werden strukturierte Instrumente immer häufiger eingesetzt. Die klinische Exploration (unstrukturiert) ist noch immer das bedeutendste Instrument für die Diagnostik. Leider ist dieser Prozess schwer zu quantifizieren. Strukturierte diagnostische Interviews sind nicht ausreichend praktikabel. Klassifikatorische Diagnostik mittels Diagnosechecklisten wird in Forschungsambulanzen und an Ausbildungsinstituten standardmäßig durchgeführt. In der Versorgungslandschaft werden diese aber nur selten genutzt. Einen Einsatz standardisierter klassifikatorischer Diagnostik wäre aber grundsätzlich wichtig.
- Es wird allgemein die Einschätzung geteilt, dass über Routinedaten eher wenige Informationen für ein QS-Verfahren genutzt werden können. Der Bereich der Routinedaten ist nicht transparent in Bezug auf das Geschehen in der Therapie.
- Ein Beispiel für eine QS-Dokumentation wäre: Abschlussgespräch ja/nein → wenn bei einem Therapeut 60 % und bei einem anderen nur 10 % ein solches Gespräch haben, müsste man dem nachgehen.
- Eine QS-Dokumentation würde nur akzeptiert werden, wenn die einzelnen Therapeuten auch etwas von dieser Dokumentation hätten – allerdings könnte vieles unterbunden bzw. gefördert werden durch eine Dokumentationspflicht.
- Beziehungsfähigkeit ist nur schwer zu erfassen. Allerdings erscheint es sinnvoll bzgl. der Arbeitsfähigkeit bspw. das Verhältnis von AU-Tagen und Psychotherapie zu betrachten. Die Anzahl von Tagen der Arbeitsunfähigkeit oder der Krankenhaustage liegen allerdings außerhalb der Verantwortung des Psychotherapeuten.
- Darüber hinaus ist Lebenszufriedenheit ein weiteres schwer messbares Ziel einer ambulanten Psychotherapie.
- Bei Dokumentationen oder Befragungen sollten eventuell zur Objektivierung des Ergebnisses Testmessungen durchgeführt werden.
- Der Kontakt zwischen Hausarzt und Psychotherapeut ist wichtig für gegenseitige Rücksprachen und die Kontrolle von Therapieverlauf und eingesetzten Maßnahmen. Allerdings ist dies schwer messbar.
- Eine individuelle (vertrauliche) Rückmeldung zur Lebensqualität durch den Patienten, wäre für den Therapeuten sehr wertvoll.
- Die Symptomatik sollte am Anfang und am Ende gemessen werden mittels standardisierter Messinstrumente. Die Ergebnisse sollten aber nicht allein an den Symptomen festgemacht werden. Qualitätssicherung ist hier nicht Feststellen von Symptomveränderung sondern, dass überhaupt überprüfend regelmäßig gemessen wird.
- Therapieabbrüche von Patientenseite sind nicht so häufig, dass man Qualitätsunterschiede zwischen den Therapeuten messen könnte, die auf Probleme in der Therapeut-Patient-Beziehung hindeuten würden. Der Parameter „Therapieabbrüche“ wäre nur für das interne QM zu nutzen.  
Zur Einschätzung eines Therapieabbruchs benötigt es sowohl die Perspektive des Therapeuten als auch die des Patienten. Es ist schwierig, den Grund für die Beendigung einer Psychotherapie „von außen durch einen Messwert“ zu erheben, dies muss eher in einem Diskurs geklärt werden. Eine Patientenbefragung kann nur einen Ansatzpunkt bieten, wie sich z.B. in der Studie von Albani (Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der PatientInnen) zeigt.
- Bzgl. der Qualität der therapeutischen Beziehung gibt es das „Feedback-Modell“, entwickelt von Michael Lambert. Hierzu gibt es auch Studien. Das Modell von Lambert war wissenschaftliche Basis für das TK-Modell, allerdings hat es die TK nicht konkret genug umsetzen können.
- Eine Einschätzung der therapeutischen Beziehung während der Therapie wäre wünschenswert, am besten erste Messung am Ende der Probandenphase.
- Die Beendigung der Therapie sollte grundsätzlich besprochen werden – in der Forschungsambulanz werden feste „Kontrolltermine“ einige Wochen nach Therapieende vereinbart.
- Psychometrische Testverfahren zur Messung der Ergebnisqualität haben nur eine sehr geringe Aussagekraft. Die Psychotherapie ist nicht zu vergleichen mit der Behandlung somatischer Erkrankungen, da sie ein dialektisches Geschehen ist. Wenn der Angstwert des einen Patienten weniger zurückgegangen ist als der eines anderen Patienten, hat das keine Aussagekraft, da man nicht weiß, worauf dies zurückzuführen ist. Ergebnisqualität kann auch gemessen werden, ohne auf Prozesse oder Wirkfaktoren abzustellen. Ergebnisse sollten möglichst mit dem Belastungsgrad der „Normalbevölkerung“ in Beziehung gesetzt werden.

- Der Ansatz, im Therapieverlauf Fragebögen einzusetzen, ist wenig aussagekräftig, da der Erfolg einer Therapie auch viel später noch auftreten kann. Messungen im Therapieverlauf können dazu dienen, Schaden zu verhindern, indem Verschlechterungen frühzeitig erkannt werden. Aber sie haben keine Aussagekraft hinsichtlich des Erfolgs der Therapie. Derartige Messungen sollten unabhängig zu festgelegten Zeitpunkten mit validen, einheitlichen Instrumenten erfolgen, v.a. sollten die Ergebnisse als Feedback an den Patienten kommuniziert werden.
- Eine Leistungserbringerbefragung ist prinzipiell vorstellbar; ebenfalls sind Patienten- und Angehörigenbefragungen vorstellbar.
- Es könnte gemessen werden, ob zu Beginn der Therapie, Ziele festgelegt wurden.
- „Nebenwirkungen“ und Falschbehandlungen sind in Sozialdaten nicht erkennbar.
- Bei einem fehlenden Einbezug von Angehörigen stellt sich die Frage, wer dafür verantwortlich ist: War es Wunsch des Patienten, die Angehörigen nicht einzubeziehen oder wurde es dem Patienten nicht angeboten?
- Es muss damit gerechnet werden, dass es für viele qualitätsrelevante Parameter hinsichtlich der Messung nur „Surrogatmarker“ gibt.

### **Welche der genannten Qualitätsprobleme lassen sich im Rahmen eines QS-Verfahrens konkret adressieren und den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern zurückspeiegeln?**

- Es besteht überwiegend Konsens darüber, dass mit einem QS-Verfahren die Prozessqualität der Psychotherapie transparent gemacht werden sollte. Zudem sollte die Eingangsdagnostik qualitätsgesichert werden. Ein QS-Verfahren sollte Beginn und Ende, aber auch den Verlauf der Therapie betrachten. Es sollte dazu beitragen, die Tendenzen zur unnötigen Verlängerung (über das Erreichen des Therapieziels hinaus) zu unterbrechen. Zudem sollte der Therapeut während der Therapie objektive Hinweise erhalten, z.B. wenn mit der Therapie nichts erreicht wird, wenn genug erreicht wurde oder wenn eher andere Formen der Therapie (z.B. keine Richtlinien-Psychotherapie) indiziert sind.
- Vorstellbar wäre, dass man in einem möglichen Verfahren bspw. einen Zusammenhang zwischen Psychotherapie und Arbeitsfähigkeit erhebt, da dies objektiv messbare Daten sind.
- Das Erheben valider Daten ist außerordentlich problematisch, da in der Psychotherapie zahlreiche individuelle Faktoren eine große Rolle spielen und die Beurteilung des Prozesses und der Ergebnisse von hoher Subjektivität geprägt sind.
- Aus der Art und Weise, wie eine Therapie beendet wird, lassen sich wenige Qualitätsinformationen ablesen. Ob es sich bspw. um einen Abbruch oder eine geplante Beendigung handelt, könnte man eventuell an einem dokumentierten Abschlussgespräch erkennen. Das alleinige Messen von vorzeitigem Beenden einer Psychotherapie kann weder als positiv noch negativ gewertet werden, da der Grund für das Beenden nicht bekannt ist. Der Patient kann beispielsweise einerseits die Therapie nicht mehr benötigen (positiv) oder der Patient bricht die Therapie ab, da sie nicht gut läuft (negativ).
- Im Rahmen der Prozessqualität kann das Setzen von Zielen und Meilensteinen sowie ein regelhaftes Überprüfen, ob diese erreicht werden können/wurden bzw. bei Bedarf angepasst wurden, betrachtet werden. Dabei sollten voneinander unabhängige Ziele festgelegt werden. Prozessprobleme sind jedoch schwer zu erfassen.
- Die Prozessqualität kann unterstützt werden, wenn während der Therapie regelmäßige Rückmeldungen durch externe Instanzen, wie z.B. Qualitätszirkel erfolgen. Die Teilnahme an Qualitätszirkeln ist jedoch nicht regelhaft und wird von den einzelnen Therapeuten sehr unterschiedlich wahrgenommen.
- Die Anzahl probatorischer Sitzungen ist zwar nur ein sehr grobes Qualitätskriterium. Wenn allerdings ein Psychotherapeut regelhaft immer nur ein bis zwei probatorische Sitzungen macht, dann können z.B. die Patientenaufklärung und die Therapieplanung nicht adäquat erfolgt sein. Möglicherweise verlegen manche Psychotherapeuten dies in die besser bezahlten Therapiestunden – insofern finden Aufklärung und Therapieplanung dann doch statt. Es kann aber sinnvoll sein, den Psychotherapeuten zurückzuspiegeln, wenn die Behandlung häufig nach nur 1-2 Sitzungen begonnen wird. Allerdings sollten keine Sanktionen durch die QS folgen, weil dahinter evtl. eher ein Abrechnungsproblem steht.
- Hinsichtlich der Ergebnisqualität von Psychotherapie gibt es keine Daten. Nach Beendigung der Therapie erhalten Psychotherapeuten in der Regel keine Rückmeldung über die Qualität der von ihnen erbrachten Leistung.
- Literatur ist störungsspezifisch und dementsprechend sind auch die Empfehlungen und die Evidenz störungsspezifisch. Daher erscheint ein diagnosespezifisches Verfahren sinnvoller als ein allgemeines Verfahren.

ren für alle Patienten und Therapieformen. Dennoch wird ein QS-Verfahren für die ambulante Psychotherapie als äußerst schwierig zu entwickeln betrachtet, da die Krankheiten sehr unterschiedlich sind.

- Zentral ist, dass im Rahmen der Entwicklung eines QS-Verfahrens geklärt wird: Wer wann für wen in welchem Umfang verantwortlich ist.
- Der Wunsch an ein QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie ist insbesondere, die psychotherapeutische Behandlung transparenter zu machen. Dabei sollte so wenig wie möglich dokumentiert werden müssen, damit das QS-Verfahren kein „Bürokratiemonster“ wird.

### **Wie schätzen Sie insbesondere eine Patientenbefragung bzw. Angehörigenbefragung als Erhebungsinstrument ein?**

Ein Großteil der Experten bewertet eine Befragung von Patienten (oder nachrangig von Angehörigen) als ein Erhebungsinstrument, das ein relevantes Element eines QS-Verfahrens sein kann, aber mit der Einschränkung, dass zusätzlich auch die Meinung des Therapeuten eingeholt wird. Allerdings wurde auf Folgendes hingewiesen:

- Die Gefahr der Verzerrung ist sehr groß, da wahrscheinlich hauptsächlich die tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehungen abgegriffen werden und voraussichtlich eher Patienten antworten, die weniger schwer krank sind. Eine Patientenbefragung wird daher auch skeptisch betrachtet. Das Erfassen der Patientenzufriedenheit ist aber dennoch grundsätzlich relevant.
- Die Sicht des Patienten sollte aber in einem Qualitätssicherungsverfahren immer einbezogen werden. Zufriedenheitsmessungen bei/nach Beendigung der Therapie führen jedoch eher zu vorhersehbaren Ergebnissen. Alternativ könnte man vor/zu Beginn der Therapie die Erwartungen und Wünsche der Patienten erfragen.
- Auf jeden Fall ist eine Patientenbefragung jedoch notwendig für eine Veränderungsmessung bzw. für die Messung der Ergebnisqualität. Zu erfassende Aspekte wären z.B. die Schwere der Störung bzw. die Veränderung hinsichtlich der Schwere der Störung.
- Die Beurteilung des Patienten kann immer nur ein Anhaltspunkt sein, muss aber nicht der „Wirklichkeit“ entsprechen, denn möglicherweise beurteilt der Patient seinen Therapeuten nur deshalb schlecht, weil z.B. unangenehme Dinge in der Therapie angesprochen worden sind.
- Bei Befragungen sollte darauf geachtet werden, dass nicht alle Fragen für alle Therapieschulen relevant sind.
- Wichtig wäre bei einer Patientenbefragung eine Vollerhebung (zwingend). In diese darf keinesfalls auf irgendeine Weise der Therapeut involviert sein.
- Von einer Angehörigenbefragung bei Erwachsenen in Psychotherapie wird abgeraten.

### **Wo sehen Sie Besonderheiten bei der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung bzgl. der Teilnahme an der externen (vergleichenden) Qualitätssicherung?**

- Grundsätzlich besteht bei einem QS-Verfahren für die ambulante Psychotherapie mit dem Ziel des Leistungserbringervergleichs das **Problem kleiner Fallzahlen**. Viele Indikatoren, z.B. Indikatoren zur Indikationsstellung, müssten eventuell diagnosebezogen entwickelt werden, was die ohnehin geringe Fallzahl pro Psychotherapeut nochmal deutlich einschränkt. Zudem ist es für viele Fragestellungen nicht ausreichend, übergreifende Gruppen aus den „großen“ Diagnosegruppen (z.B. Angststörungen, Zwangsstörungen, Depression) zu bilden. Je nach Fragestellung könnte es notwendig werden, beispielsweise die Angststörungen weiter aufzugliedern nach Panikstörungen, Soziale Phobie und Generalisierte Angststörung und auch die Depressionen sollten ggf. nach Schweregrad weiter differenziert werden. Dies würde die Fallzahlen weiter verringern.
- Aufgrund der Fallzahlenproblematik stellt sich also auch die Frage nach einem generischen oder diagnose-spezifischen Verfahren. Für Ergebnisindikatoren zum **Einrichtungsvergleich** sind ausreichende Fallzahlen und eine gute Risikoadjustierung Voraussetzung. Wenn man das Problem der Fallzahlen lösen würde, könnte man durchaus Ergebnisindikatoren beispielsweise zu Remission, Symptomverbesserung, Verringerung der Beeinträchtigung, therapeutischen Beziehung und Lebensqualität messen und hätte gute Aussagen. Das Problem ist aber, dass man die Ergebnisse eigentlich diagnosespezifisch erfassen muss und so die Fallzahlen sehr klein werden. Auch das Rausgreifen eines therapeutischen Verfahrens für die Qualitätssicherung ist wahrscheinlich nicht sinnvoll.

Mit der Perspektive, einen Einrichtungsvergleich zu machen, wäre ein gemischtes Modell (aufgrund des Problems der kleinen Fallzahlen) sinnvoll. Man könnte das ähnlich dem QS-Reha-Verfahren gestalten und

z.B. Lebensqualität und Beeinträchtigungsraten generisch messen. Die häufigeren Diagnosen könnte man dann zusätzlich spezifischer abfragen. Auch bei einem generischen Verfahren müsste man aber sehr gut risikoadjustieren.

Allerdings hat sich auch im QS-Reha-Verfahren gezeigt, dass ein Einrichtungsvergleich nur sehr begrenzt möglich ist. Über 200er Stichproben pro Einrichtung sieht man häufig keine signifikanten Unterschiede. Dennoch kann die Ergebnismessung einen Effekt haben, wenn diese von den Einrichtungen für das interne QM genutzt wird (z.B.: „Warum liegen wir im unteren Drittel?“).

- Ein weiteres Problem ist, dass sich für eine Psychotherapie keine **standardisierten Prozesse**, wie es z.B. für eine Hüft-Operation möglich ist, beschreiben lassen.
- Problematisch ist auch das **Herstellen des Kausalzusammenhangs** zwischen Ergebnis und Therapie. Aus den Ergebnissen einer Psychotherapie kann man nicht sicher auf deren Qualität schließen. Die Tatsache, ob ein Rückgang der Arbeitsunfähigkeit, ein Rückgang von Symptomen oder eine Verbesserung der Lebensqualität zu beobachten ist, hat wenig Aussagekraft, da die Patienten aufgrund ihrer individuellen Eigenschaften nicht zu vergleichen sind. Aus diesen Gründen ist es auch nicht sinnvoll, eine vergleichende Darstellung zwischen den Psychotherapeuten vorzunehmen, um die Psychotherapeuten als schlechter oder besser zu bewerten, insbesondere dann nicht, wenn möglicherweise negative Konsequenzen erwartet werden müssen.
- Zum Zwecke der Qualitätsförderung jedoch wäre es für den Psychotherapeuten sinnvoll, wenn er Rückmeldungen erhält. Diese dürfen aber nicht heißen: „Sie sind unterdurchschnittlich gut“. Stattdessen sollten Rückmeldungen als Hinweise verstanden werden, an denen sich z.B. ein Qualitätszirkel oder andere fachlich-kollegiale Möglichkeiten des Austausches anschließen.
- Ein Qualitätskriterium könnte z.B. die Mitgliedschaft in einer Supervisions-Gruppe sein.

### **Wie beurteilen Sie das obligatorische Gutachterverfahren, insbesondere als Instrument der Qualitätssicherung?**

Die Bewertung des Gutachterverfahrens durch die befragten Experten ist ambivalent. Der überwiegende Teil der Experten bewertet das Gutachterverfahren nicht als sinnvolles Instrument der Qualitätssicherung. Gründe hierfür sind:

- Das Gutachterverfahren soll eine Prognose liefern, ob mit diesem Therapeuten und diesem Verfahren ein Therapieerfolg zu erwarten ist. Selbst wenn dies ein Gutachter zu einem Verfahren, für das auch Wirksamkeit nachgewiesen ist, feststellt, heißt das nicht, dass die Therapie auch lege artis durchgeführt wird.
- Der bürokratische Aufwand für das Gutachten steht in keinem Verhältnis zur Qualität der Rückmeldung durch den Gutachter – es ist bestenfalls eine minimale Supervision.
- Die Begutachtungen sind zudem nicht ausreichend unabhängig.
- In vielen Fällen wird das Gutachterverfahren lediglich als bürokratische Hürde gesehen. Da vom Gutachter die Bewilligung abhängt, wird der Bericht sehr häufig strategisch geschrieben, zudem gibt es die Möglichkeit, nachzubessern.
- Über 90 % der Begutachtungen werden von den Krankenkassen genehmigt. Der größte Anteil der Versorgung ist Kurzzeittherapie. Davon ist ein sehr erheblicher Anteil gutachterbefreit. Der größte Teil der Versorgung wird also nicht extern überprüft. (Geschätzt gehen nur ca. 30 % der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung durch das Gutachterverfahren. Davon werden nur ca. 3 bis 4 % abgelehnt). D.h., das Gutachterverfahren ist als Qualitätssicherungsinstrument schon deshalb ungeeignet, weil sehr große Teile der Versorgung gar nicht erfasst werden.

Ein kleinerer Teil der Experten bewertet das Gutachterverfahren hinsichtlich der Qualitätssicherung mit Einschränkungen als grundsätzlich gut und sinnvoll. Gründe dafür sind:

- Das Gutachterverfahren wird grundsätzlich begrüßt, da es die Therapeuten zwingt, Zeit für das Konzipieren der Behandlung aufzuwenden sowie das Vorgehen nach den probatorischen Sitzungen zu durchdenken und umfassend über den Patienten und die geplante Therapie zu reflektieren. Das Gutachterverfahren hat also zumindest einen Effekt auf die Prozessqualität
- Das Gutachterverfahren hat hinsichtlich der Qualitätssicherung aber eher eine stark begrenzte Wirksamkeit. Zwar werden Teilaspekte der Indikationsstellung und Therapieplanung angesprochen, aber vorrangig wird nur die Qualität der Berichte im Sinne einer kohärenten Fallbeschreibung vom Gutachter beurteilt. Das zeigt sich auch in den geringen Korrektur- und Ablehnungsraten. Fraglich ist außerdem, welchen Bezug das Gut-

achten letztlich zur Qualität der Behandlung hat, denn dem Gutachter werden nur gefilterte Informationen zur Verfügung gestellt.

- Dennoch besteht durch das Gutachterverfahren der Anreiz, die Therapieplanung sorgfältiger durchzuführen als es möglicherweise ohne Gutachterverfahren erfolgen würde.
- Das Gutachterverfahren sollte eventuell nur als Stichprobe angewandt werden bzw. es sollte auch bei Langzeittherapien die Möglichkeit geben, hiervon befreit zu werden, wenn jemand schon seit langem psychotherapeutisch tätig ist. Außerdem wäre eine Modifikation hinsichtlich der Reduktion auf die relevanten Punkte sinnvoll, d.h. das Gutachterverfahren sollte deutlich gestrafft werden.
- Es wäre nicht sinnvoll, das Gutachterverfahren vollständig durch psychometrische Tests zu ersetzen.

### **Welche Qualitätsinitiativen (Projekte zur Messung der Versorgungsqualität in der ambulanten Psychotherapie) sind Ihnen bekannt?**

Allgemein bekannte Projekte sind das Modell-Vorhaben der Techniker Krankenkasse sowie die QS-Psy-Bay-Studie und die Psy-BaDo.

### **Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen**

Auch bei Kindern und Jugendlichen sind sowohl die Verhaltenstherapie als auch die Tiefenpsychologische Therapie wirksam und werden auch eingesetzt. Bei Kindern und Jugendlichen unterscheiden sich die Problemlagen und die Symptomatiken deutlich von denen Erwachsener. Deshalb sollten beide Gruppen getrennt voneinander betrachtet werden.

In der Therapie von Kindern- und Jugendlichen werden vor allem Kinder (ab Vorschulalter) behandelt. Jugendliche vergleichsweise weniger. Versorgungsrelevant werden Kinder in der Psychotherapie v.a. ab der 1. Klasse.

Der Zugang zur Psychotherapie erfolgt häufig über die Eltern oder die Schule, nicht durch den Kinderarzt.

Hinsichtlich der Ziele einer Psychotherapie existieren je nach Beteiligten (Kind/Jugendlicher, Eltern, Schule usw.) oft unterschiedliche Vorstellungen.

Ein allgemeines Ziel hinsichtlich der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist die Prävention von schweren psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter sowie Beeinträchtigungen in der Entwicklung gering zu halten bzw. Entwicklung wieder möglich zu machen. Dabei sind Entwicklungskrisen von psychischen Erkrankungen zu trennen.

Weitere Ziele beziehen sich, ähnlich wie bei den Erwachsenen, auf: Symptomlinderung, Teilhabe, Beziehungsfähigkeit, Reduzierung von Leidensdruck, Funktionalität und Lebensqualität.

Grundsätzlich ist auch anzumerken, dass die Kriterien des ICD-10-Kataloges erst für Patienten ab einem Alter von 3-4 Jahren anwendbar sind. Für jüngere Kinder werden i.d.R. andere Diagnosekataloge angewendet.

Schätzungsweise in 50 % der Fälle bezieht sich die Diagnose auf expansive Störungen (z.B. ADHS, Verhaltensauffälligkeiten). Bezüglich einer integrierten psychotherapeutischen Versorgung gibt es spezifische ADHS-Verträge, z.B. von der BARMER GEK oder AOK Nordrhein-Westfalen.

Die zweithäufigsten Störungen bei Kindern und Jugendlichen sind Angststörungen und Depressionen.

Ein deutlicher Unterschied in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Erwachsenen besteht darin, dass an der Versorgung von Kindern mit psychischen Erkrankungen i.d.R. mehrere Akteure beteiligt sind, die in die Therapie mit einbezogen werden müssen.

Behandlungsrelevante Informationen von diesen zu erhalten, insbesondere von Personen außerhalb der Familie, gestaltet sich oft schwierig. Insbesondere bzgl. des systematischen Erlangens von Informationen aus verschiedenen Perspektiven, die für die Diagnostik relevant sind, besteht hier ein großes Qualitätsdefizit. Wichtige Vernetzungsleistungen während der Psychotherapie erfolgen oft unzureichend, auch weil diese sehr aufwendig

sind und nicht vergütet werden. In der Therapie von Kindern und Jugendlichen bräuchten die Therapeuten aber dringend mehr Kooperationsmöglichkeiten.

Hinsichtlich der Diagnostik und Indikationsstellung bestehen bei Kinder und Jugendlichen also einige Besonderheiten. So sollten z.B. auch andere Testverfahren eingesetzt werden. Bei Kindern müssten ergänzend auch die Ergebnisse der U-Untersuchungen oder der Schuleingangsuntersuchung einbezogen werden. Hinzu kommt, dass, anders als bei Erwachsenen, die Fremdanamnese, Spielbeobachtung, die Exploration der Lerngeschichte und IQ-Diagnostik eine wichtige Rolle spielen. Nach Einschätzung der Experten gibt es gerade bei Kinder und Jugendlichen ein erhebliches Qualitätsproblem in der Diagnostik, beispielsweise hinsichtlich des sogenannten ADHS und auch der depressiven Störungen.

Zu beachten ist auch, dass das Erlangen der sexuellen Reife bei Kindern und Jugendlichen einen wichtigen Punkt in der Entwicklung darstellt.

Zu berücksichtigen sind auch Aspekte hinsichtlich der therapeutischen Beziehung, der Compliance und der Adhärenz, da Kinder i.d.R. durch Bezugspersonen zum Psychotherapeuten „gebracht“ werden (anders als Erwachsene, die eigeninitiativ um Hilfe nachsuchen).

Patienten-/Angehörigenbefragungen können auch bei Kindern und Jugendlichen äußerst sinnvoll sein. Bei Kindern könnten Befragungen ab einem Alter von 10 bis 11 Jahren durchgeführt werden, Interviews auch bei jüngeren Patienten. Dabei sollten sowohl die Patienten/Kinder als auch die Eltern befragt werden.

Bezüglich des Messens von Qualität ist zu beachten, dass die Perspektive der Eltern und des behandelten Kindes ausgewogen berücksichtigt wird.

### Sonstiges

- Es besteht bei den Experten Konsens darüber, dass eine **Basisdokumentation** eine wichtige Grundlage für die Qualitätssicherung wäre. Darüber hinaus würde eine einheitliche Dokumentation auch die Bestimmung des Bedarfs von Psychotherapie erleichtern. Es ist bspw. vorstellbar, dass mit einer einheitlichen Dokumentation erfasst werden kann, wer vorrangig mit Richtlinientherapie versorgt werden sollte und wer ggf. über andere Hilfe-/Versorgungsangebote versorgt werden kann.  
Eine Basisdokumentation könnte sehr hilfreich sein, allerdings ist die Datensicherheit zu gewährleisten und das Dokumentieren müsste vergütet werden.  
Auf jeden Fall sollte die Dokumentation so minimal wie möglich gehalten werden. Im Bereich der Psychosomatik existiert bereits eine Basisdokumentation, aber aufgrund dieser werden keine Leistungserbringer miteinander verglichen.  
Sollte eine Basisdokumentation genutzt werden, dann sollten die Psychotherapeuten dazu auch Rückmeldungen erhalten, in denen die Ergebnisse erklärt werden.
- Sämtliche Experten wiesen darauf hin, dass viele Qualitätsprobleme struktureller Art sind und regional stark variieren. Besonders hervorzuheben ist dabei der Zugang zur Psychotherapie. Zusätzlich zur flächendeckenden Schaffung ausreichender Kapazitäten wäre auch ein niedrigschwelligerer Zugang, v.a. in Krisensituationen erforderlich sowie eine zügige Vermittlung von Erstgesprächen (binnen 1 Woche). Gerade auch für Patienten mit geringer Bildung ist es sehr schwierig in eine Psychotherapie zu kommen. Hier müsste der Zugang im Grunde durch den Hausarzt organisiert werden. Die meisten Patienten mit psychischen Erkrankungen werden überdies vom Hausarzt und nicht vom Facharzt oder Psychotherapeuten behandelt.
- Grundsätzlich sollte es mehr präventive Maßnahmen geben bzw. bessere Maßnahmen zur Früherkennung; auch eine sehr frühe Einbeziehung der Angehörigen wäre begrüßenswert.
- Qualität wird auch gesichert durch Festlegungen in den Berufsordnungen für Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (z.B. Sorgfaltspflichten)  
Der Psychotherapeut hat sich regelmäßig über Leitlinien und Standards zu informieren. Ist ein Therapeut weder in einem Qualitätszirkel, noch in einem Intervisionszirkel o.ä. wäre dies bedenklich.  
Zudem muss der Psychotherapeut über Kenntnisse über spezifische Interventionen verfügen und prüfen, ob diese zu dem jeweiligen Patienten passen. Noch wichtiger als Qualitätszirkel sind eventuell Weiterbildungen, Seminare und Fortbildungen.

- Ein weiteres zentrales Thema ist, die Qualifikationen der Therapeuten transparent zu machen, um auf dieser Grundlage die entsprechenden Patienten gezielt zuweisen zu können. Derzeit bieten einige Landeskammern an, dass Psychotherapeuten ihre jeweiligen Qualifikationen transparent machen können; wobei es bisher keine Möglichkeit gibt, die Validität der Angaben zu prüfen oder die Angaben zu standardisieren. Ideal wäre es, Fortbildungsnachweise für bestimmte Spezialisierungen, z.B. Fortbildungs-Zertifikate von Fachgesellschaften oder andere „eindeutige Qualitätsmerkmale“ wie z.B. die Teilnahme an strukturierten Fortbildungscurricula einer Qualifikations-Beschreibung zugrunde zu legen.
- Es besteht wahrscheinlich Weiterbildungsbedarf bzgl. der Qualitätssicherung und bzgl. des Einsatzes von Messinstrumenten und entsprechendem Feedbackgeben bei den Therapeuten.
- Aus Patientensicht besteht Bedarf für standardmäßig stattfindende Zwischenresümees, Feedbackgesprächen nach bestimmten Therapiephasen, einem Abschlussbericht für den Patienten zum Therapieende. Wichtig wären auch flankierende Maßnahmen zur Psychotherapie und die Möglichkeit der Kombination unterschiedlicher Methoden. Es wird vermutet, dass kombinierte Methoden effektiver sind.
- Die Prozessforschung hinsichtlich der Psychotherapie ist deutlich unterentwickelt, da es sich dabei um Langzeitforschung handelt. Alles was über 10 bis 15 Sitzungen hinausgeht, ist für Studien sehr problematisch (Ausnahmen bilden Katamnesestudien). Ein Prozessforschungsinstrument könnte eventuell das Gutachterverfahren aus Anlass einer Therapieverlängerung sein.
- Gruppentherapie ist in der Versorgungspraxis erheblich unterrepräsentiert. Nur sehr wenige Psychotherapeuten mit Lizenz zur Durchführung einer Gruppentherapie führen diese auch tatsächlich durch. Vermutlich bestehen hier vorwiegend technische Probleme: z.B. ist es schwer zu gewährleisten, 8 Patienten zu finden, die alle an einem bestimmten Termin in der Woche Zeit haben. Besonders schwierig ist es, dann auch noch Patienten mit dem gleichen Störungsbild zu finden. Ein möglicher anderer Grund für den eher geringen Anteil an Gruppentherapien kann die Vergütung sein.
- Patienten mit einer F2- oder F6-Diagnose sind in der ambulanten PT unterrepräsentiert
- Eine Qualitätssicherung sollte nicht nur bürokratischer Aufwand verursachen, sondern unbedingt einen Nutzen für die Behandlungspraxis der Therapeuten haben.

## Anhang VII: Durchsuchte Institutionen und Portale der Indikatorenrecherche

Durchsuchte Institutionen und Portale	Identifizierte Indikatoren
AAMC – American Association of Medical Colleges (USA)	0
Accreditation Canada (Kanada)	0
ACHS – Australian Council on Healthcare Standards (Australien)	0
AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality (USA)	0
AIHW – Australian Institute of Health and Welfare (Australien)	0
ANA – American Nurse Association (USA)	0
ANQ – Nationaler Verein Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (Schweiz)	0
AQUA – AQUA-Institut (Deutschland)	0
AQUIK – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Deutschland)	3
Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare (Australien)	0
Australian Government Department of Health and Ageing (Australien)	0
ÄZQ – Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Deutschland)	0
BIQG – Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (Österreich)	0
BQS – Institut für Qualität und Patientensicherheit (Deutschland)	0
CAHPS – Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (USA)	0
CIHI – Canadian Institute for Health Information (Kanada)	0
CMS – Center for Medicare & Medicaid Services (USA)	5
Commonwealth Fund (USA)	0
CQAIMH – Center for Quality Assessment and Improvement in Mental Health (USA)	2
CQC – Care Quality Commission (Großbritannien)	0
CRAG – Clinical Resource and Audit Group (Schottland)	1
Department of Health (Großbritannien)	0
Dr. Foster Intelligence (Großbritannien)	0
ECHI – European Community Health Indicators	0
GeQiK – Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus bei der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (Deutschland)	0
Health Canada (Kanada)	0
Health Council of Canada (Kanada)	0
Helios Kliniken (Deutschland)	0
Institute for Healthcare Improvement (USA)	0
JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations Hospital Core Measures (USA)	0
Kaiser Permanente (USA)	0

Durchsuchte Institutionen und Portale	Identifizierte Indikatoren
Leapfrog – Leapfrog Group for Patient Safety (USA)	0
Maryland Hospital Association – Quality Indicator Project (Großbritannien)	0
Massachusetts Health Care Quality and Cost Council (USA)	0
National Board of Health and Welfare – Socialstyrelsen (Schweden)	0
NHRMC – National Health and Medical Research Council (Großbritannien)	0
NCQA – National Committee for Quality Assurance (Großbritannien)	0
NHS – Clinical and Health Outcomes Knowledge Base (Großbritannien)	0
NHS – National Institute for Health and Clinical Excellence (Großbritannien)	0
NHS-England (Großbritannien)	3
NHS – The Information Centre (Großbritannien)	4
NQMC – National Quality Measures Clearinghouse (USA)	75
OECD – Health Care Quality Indicators Project (International)	2
Ontario Ministry of Health and Long-term Care (Kanada)	0
OSHPD – Office of Statewide Healthplanning and Development (USA)	0
Public Health Agency of Canada (Kanada)	0
QISA – Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung (Deutschland)	2
QUINTH – Qualitätsindikatoren-Thesaurus des GKV-Spitzenverbandes (Deutschland)	9
RAND – Research and Development (USA)	25
Rhode Island Health Quality Performance Measurement and Reporting Program (USA)	0
US-Department of Health and Human Services (USA)	0
VGHI – Victorian Government Health Information – Clinical indicators in Victoria’s hospitals (Australien)	0
WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK – Qualitätssicherung mit Routinedaten (Deutschland)	0
Zentrum für Qualität in der Pflege (Deutschland)	0

### Weitere Quellen, in denen relevante Indikatoren identifiziert wurden

Quellen	Identifizierte Indikatoren
DGPPN-Qualitätsindikatoren (Deutschland) <sup>1</sup>	7
S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression (Deutschland) <sup>2</sup>	3
S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen (Deutschland) <sup>3</sup>	13

<sup>1</sup> Zielasek, J; Großbimlinghaus, I; Janssen, B; Wobrock, T; Falkai, P; Reich-Erkelenz, D; et al. (2012). Die Rolle von Qualitätsindikatoren in der psychiatrischen Qualitätssicherung und aktueller Stand der Entwicklung von Qualitätsindikatoren. Die Psychiatrie 9(1): 46-52.

<sup>2</sup> DGPPN (2012). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.

<sup>3</sup> DGBS; DGPPN (2012). S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.

## Identifizierte Indikatoren nach Quellen

### AQUIK – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Deutschland)

- ADHS – Diagnosekriterien
- ADHS – Schulische Unterstützung
- Depression – Einschätzung Fallschwere

### CMS – Center for Medicare & Medicaid Services (USA)

- Bipolar Disorder and Major Depression: Appraisal for alcohol or chemical substance use; CMS169v1
- Child and Adolescent Major Depressive Disorder: Suicide Risk Assessment; CMS177v1
- Depression Remission at Twelve Months; CMS159v1
- Depression Utilization of the PHQ-9 Tool; CMS160v1
- Major Depressive Disorder (MDD): Suicide Risk Assessment; CMS161v1

### COAIMH – Center for Quality Assessment and Improvement in Mental Health (USA)

- Family visits in child mental health care
- Psychotherapy Treatment for Schizophrenia

### CRAG – Clinical Resource and Audit Group (Schottland)

- Depression – Initial diagnosis; DEP 001

### DGPPN-Qualitätsindikatoren (Deutschland)

- DEPRESSION, QI 1: Diagnostik/Erfassung des Schweregrades
- DEPRESSION, QI 3: Therapie allgemein/Aufklärung
- DEPRESSION, QI 4: Therapie/Einbeziehung von Selbsthilfe und Angehörigen
- SCHIZOPHRENIE, QI 5: Psychotherapie/manualisierte Psychoedukation für Betroffene (DGPPN-Qualitätsindikatoren)
- SCHIZOPHRENIE, QI 8: Langzeittherapie/Anzahl der Suizide und Suizidversuche
- SCHIZOPHRENIE, QI 10: Psychotherapie/Psychoedukation für Bezugspersonen (DGPPN-Qualitätsindikatoren)
- SCHIZOPHRENIE, QI 12: Diagnostik/standardisierte Erfassung der Psychopathologie

### NHS - England (Großbritannien)

- Recovery following talking therapies for people of all ages; C2.11
- Recovery following talking therapies for people older than 65; C2.12
- Proportion of adults in contact with secondary mental health services in paid employment; C3.17

### NHS – The Information Centre (Großbritannien)

- In those patients with a new diagnosis of depression, recorded between the preceding 1 April to 31 March, the percentage of patients who have had an assessment of severity at the outset of treatment using an assessment tool validated for use in primary care; Library Reference Number/Identifier: QOF DEP 2
- In those patients with a new diagnosis of depression, recorded between the preceding 1 April to 31 March, the percentage of patients who have had an assessment of severity at the time of diagnosis using an assessment tool validated for use in primary care; Library Reference Number/Identifier: QOF DEP 4
- 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
- The percentage of patients on the register who have a comprehensive care plan documented in the records agreed between individuals, their family and/or carers as appropriate; Library Reference Number/Identifier: QOF MH 6

### NQMC – National Quality Measures Clearinghouse (USA)

- 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

- Adult depression in primary care: percentage of patients who commit suicide at any time while managed in primary care
- Adult depression in primary care: percentage of patients who have had a response to treatment at 12 months (+/- 30 days) after diagnosis or initiating treatment, e.g., have had a PHQ-9 score decreased by 50 % from initial score at 12 months (+/- 30 days)
- Adult depression in primary care: percentage of patients who have had a response to treatment at six months (+/- 30 days) after diagnosis or initiating treatment, e.g., have had a PHQ-9 score decreased by 50 % from initial score at six months (+/- 30 days)
- Adult depression in primary care: percentage of patients who have reached remission at 12 months (+/- 30 days) after initiating treatment, e.g., had a PHQ-9 score less than 5 after 12 months (+/- 30 days)
- Adult depression in primary care: percentage of patients who have reached remission at six months (+/- 30 days) after diagnosis or initiating treatment, e.g., have any PHQ-9 score less than 5 after six months (+/- 30 days)
- 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.
- 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
- 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 six months (+/- 30 days) after diagnosis or initiating treatment
- Adult depression in primary care: percentage of patients with a new diagnosis of major depression or persistent depressive disorder with documentation of DSM-5 criteria at the time of the diagnosis
- 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
- Behavioral health care patients' experiences: percentage of adult patients who reported whether they felt they could refuse a specific type of medicine or treatment
- Behavioral health care patients' experiences: percentage of adult patients who reported whether they were given information about patient rights
- Behavioral health care patients' experiences: percentage of adult patients who reported whether they were provided information about treatment options
- 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
- Behavioral health care patients' experiences: percentage of adult patients who rated how much improvement they perceived in themselves
- Behavioral health care patients' experiences: percentage of adult patients who reported how much they were helped by the counseling or treatment they received
- Behavioral health care patients' experiences: percentage of adult patients who reported whether they were given enough information to manage their condition
- Bipolar disorder: the percentage of patients diagnosed and treated for bipolar disorder who are monitored for change in their level-of-functioning in response to treatment
- Bipolar disorder: the percentage of patients diagnosed and treated for bipolar disorder who are monitored for change in their symptom complex within 12 weeks of initiating treatment
- Bipolar disorder: the percentage of patients diagnosed and treated for bipolar disorder who are provided with education and information about their illness and treatment within 12 weeks of initiating treatment
- Bipolar disorder: the percentage of patients diagnosed with bipolar disorder who receive an initial assessment that considers the risk of suicide
- Bipolar disorder: the percentage of patients with bipolar disorder who receive an initial assessment that considers alcohol and chemical substance use
- Child and adolescent major depressive disorder: percentage of patient visits for those patients aged 6 through 17 years with a diagnosis of major depressive disorder with an assessment for suicide risk
- Depression care: percentage of adult patients with major depression or dysthymia and an initial PHQ-9 score greater than nine who demonstrate remission at six months defined as PHQ-9 score less than five

- Depression: percent of clinically significant depression patients who have a documented Current Patient Health Questionnaire (PHQ) reassessment between 4 to 8 weeks after their last New Episode PHQ
- Depression: percent of clinically significant depression patients who attain a 5 point or greater reduction in Patient Health Questionnaire (PHQ) score within 6 months after their New Episode PHQ
- Depression: percent of clinically significant depression patients with a 50 percent or greater reduction in Patient Health Questionnaire (PHQ) 4 months or longer after the last New Episode PHQ
- Depression: percent of clinically significant depression patients with a 50 percent or greater reduction in Patient Health Questionnaire (PHQ)
- 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
- Depression: percent of patients with a diagnosis of depression reporting an improvement in function
- Depression: the percentage of patients diagnosed with unipolar depression who receive an initial assessment that considers alcohol and chemical substance use
- Depression: the percentage of patients diagnosed with unipolar depression who receive an initial assessment that considers the risk of suicide
- Depression: the percentage of patients presenting with depression who were assessed, prior to the initiation of treatment, for the presence of prior or current symptoms and/or behaviors associated with mania or hypomania
- Engagement of alcohol and other drug (AOD) treatment: percentage of patients who initiated treatment and who had two or more additional services with a diagnosis of AOD within 30 days of the initiation visit.
- HIV ambulatory care satisfaction: percentage of HIV positive adult patients who reported how often they felt they would get in trouble if they disagreed with or complained about their substance use counselors
- HIV ambulatory care satisfaction: percentage of HIV positive adult patients who reported how often they found it hard to relate to their substance use counselors
- HIV ambulatory care satisfaction: percentage of HIV positive adult patients who reported how often their substance use counselors, case manager, and HIV medical providers worked together to help them
- HIV ambulatory care satisfaction: percentage of HIV positive adult patients who reported how often their mental health providers didn't seem to care how they were feeling
- HIV ambulatory care satisfaction: percentage of HIV positive adult patients who reported how often their mental health providers knew how HIV affects their mental health
- HIV ambulatory care satisfaction: percentage of HIV positive adult patients who reported how often they felt comfortable sharing their feelings and problems with their mental health providers
- HIV ambulatory care satisfaction: percentage of HIV positive adult patients who reported how often they felt they would get in trouble if they disagreed with or complained about their mental health providers
- HIV ambulatory care satisfaction: percentage of HIV positive adult patients who reported how often they found it hard to talk to their mental health providers
- HIV ambulatory care satisfaction: percentage of HIV positive adult patients who reported how often they wanted to be more involved in making decisions about their mental health treatment
- HIV ambulatory care satisfaction: percentage of HIV positive adult patients who reported how often their mental health providers involved their family and friends in their mental health treatment as much as they wanted
- HIV ambulatory care satisfaction: percentage of HIV positive adult patients who reported how often their substance use counselors were responsible and professional
- HIV ambulatory care satisfaction: percentage of HIV positive adult patients who reported whether they wanted to have more time in individual therapy to meet their needs
- HIV ambulatory care satisfaction: percentage of HIV positive adult patients who reported whether, if they relapsed, their substance use counselors explained ways to reduce the harm of drug use
- HIV ambulatory care satisfaction: percentage of HIV positive adult patients who reported whether their substance use counselors understood where they were with their recovery and helped them to reduce or eliminate their drug use
- HIV ambulatory care satisfaction: percentage of HIV positive adult patients who reported whether the program helped them to feel better about themselves
- HIV ambulatory care satisfaction: percentage of HIV positive adult patients who reported whether the program helped them to reduce their substance use

- HIV ambulatory care satisfaction: percentage of HIV positive adult patients who reported whether their substance use counselors helped them to achieve their substance use treatment plan goals
- HIV ambulatory care satisfaction: percentage of HIV positive adult patients who reported whether they felt better overall as a result of their mental health treatment
- Major depressive disorder (MDD): percentage of patients aged 18 years and older with a new diagnosis or recurrent episode of MDD who receive therapy appropriate to their classification during the measurement period.
- Major depressive disorder (MDD): percentage of patients aged 18 years and older with a new diagnosis or recurrent episode of MDD whose severity of depressive disorder was assessed during the visit in which the new diagnosis or recurrent episode was identified during the measurement period
- Major depressive disorder (MDD): percentage of patients aged 18 years and older with a new diagnosis or recurrent episode of MDD who had a suicide risk assessment completed at each visit during the measurement period
- Mental health/substance abuse: mean of patients' change scores on the "Depression/Functioning" subscale of the BASIS-24® survey
- Mental health/substance abuse: mean of patients' change scores on the "Emotional Lability" subscale of the BASIS-24® survey
- Mental health/substance abuse: mean of patients' change scores on the "Self-harm" subscale of the BASIS-24® survey
- Mental health/substance abuse: mean of patients' change scores on the "Psychosis" subscale of the BASIS-24® survey
- Mental health/substance abuse: mean of patients' change scores on the "Substance Abuse" subscale of the BASIS-24® survey
- Mental health/substance abuse: mean of patient's change scores on the "Interpersonal Relationships" subscale of the BASIS-24® survey
- Mental health/substance abuse: mean of patients' overall change scores on the BASIS-24® survey
- Mental health: the percentage of patients with schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychoses who have a record of alcohol consumption in the preceding 12 months
- 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
- Patients' experiences: patients' overall rating of trust in their provider
- Patients' experiences: percentage of adult patients who reported how often their provider paid attention to care from other providers
- Patients' experiences: percentage of parents/guardians who reported how often their child's provider paid attention to care from other providers
- Patients' experiences: percentage of patients who reported how often their provider was caring and inspired trust
- Patients' experiences: percentage of patients who reported how often their provider was polite and considerate
- Schizophrenia: proportion of incident (diagnosed within 12 months of contact) patients examined for psychopathology by a specialist where the assessment is done using a diagnostic instrument (SCAN, OPCRIT, SCID)
- Schizophrenia: proportion of incident (diagnosed within 12 months of contact) patients for which cognitive function was examined by a psychologist
- Substance use disorders: percentage of patients aged 18 years and older with a diagnosis of current substance abuse or dependence who were screened for depression within the 12 month reporting period
- 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
- The Medicare Health Outcomes Survey-Modified: 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

#### OECD – Health Care Quality Indicators Project (International)

- Length of Treatment for Substance-Related Disorders
- Visits During Acute Phase Treatment of Depression

**QISA – Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung (Deutschland)**

- Patientenaufklärung/-information zu Selbsthilfe- und Angehörigengruppen bei Patienten mit Depression
- Suizidalitätsabklärung bei Patienten mit Depression

**QUINTH – Qualitätsindikatoren-Thesaurus des GKV-Spitzenverbandes (Deutschland)**

- Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie, LfdNr. 1805
- Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie neben oder nach einer somatisch ärztlichen Behandlung, LfdNr. 1811
- Ausschluss als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung bei Psychotherapie, LfdNr. 1813
- Regelmäßiger Besuch einer Selbsthilfegruppe bei Schizophrenie, LfdNr. 702
- Abbruch der Behandlung länger als 90 Tage bei Schizophrenie, LfdNr. 760
- Regelung zu Vorausverfügungen bei Schizophrenie – verfasste Vorausverfügungen, LfdNr. 774
- Einbezug von Angehörigen in die Behandlung bei Schizophrenie, LfdNr. 812
- Informationsverfügbarkeit für Patienten bei Schizophrenie, LfdNr. 831
- Anzahl der Suizide und Suizidversuche bei Schizophrenie, LfdNr. 936

**RAND – Research and Development (USA)**

- All: Family psychoeducation
- Bipolar Disorder: Percent of patients with bipolar disorder diagnosis with evidence of an initial assessment that includes appraisal for alcohol and chemical substance use in a new treatment episode
- Comprehensive SUD Assessment: Recovery environment
- Co-Occurring Disorders: Assess for current symptoms and history for patients with COD in specialty mental health
- Cross Cutting Indicator (All Modules): (Comprehensive) Mental status examination conducted in patients with a new treatment episode
- Cross Cutting Indicator (All Modules): Among those with any psychotherapeutic sessions, number of psychotherapeutic sessions per person
- Cross Cutting Indicator (All Modules): Reassess severity of symptoms between the beginning of the second month and the end of the fourth month
- Cross Cutting Indicators: Assessment of recent substance use – type, quantity and frequency
- Cross Cutting Indicators: Comprehensive Assessment: Co-morbid psychiatric conditions, psychiatric history, and response to treatment
- Major Depressive Disorder (MDD): Documentation that the follow-up visit between the second and fourth month includes assessment of response
- Major Depressive Disorder (MDD): If a new diagnosis of depression is made, specific comorbidities should be elicited and documented in the record, including presence or absence of: a) Alcohol or other drug use; b) Medication use; and c) History of bipolar symptoms
- Major Depressive Disorder (MDD): Past psychiatric history of MDD
- Major Depressive Disorder (MDD): Percentage of patients whose severity of MDD was classified during the initial assessment period using a reasonable instrument
- Major Depressive Disorder (MDD): Proportion of MDD patients with a new treatment episode who have an initial and follow-up quantitative symptom assessment.
- Major Depressive Disorder (MDD): Proportion of patients with MDD diagnosis that received Cognitive Behavioral Therapy (CBT)
- Post Traumatic Stress Disorder (PTSD): Assess PTSD symptoms with a standardized measure/instrument
- Post Traumatic Stress Disorder (PTSD): Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for PTSD
- Post Traumatic Stress Disorder (PTSD): Proportion of all patients with a new PTSD episode who are assessed for depression
- Post Traumatic Stress Disorder (PTSD): Proportion of patients with PTSD diagnosis who are monitored regarding symptom severity
- Post Traumatic Stress Disorder (PTSD): Reduction in target symptoms during the new treatment episode
- Substance Use Disorder (SUD): Assess for current psychiatric symptoms and/or psychiatric history for patients with SUD in specialty mental health
- Substance Use Disorder (SUD): Assessment for PTSD in specialty care

- Substance Use Disorder (SUD): Proportion of patients with SUD diagnosis that received evidencebased cognitive behavioral Relapse Prevention Therapy (RPT) by the first provider of RPT
- Suicide (All Modules): Percentage of outpatient charts with endorsement of suicide ideation, suicide intent or suicide behavior that receive appropriate follow-up
- Suicide (All Modules): Percentage of patient charts that document assessment for suicide ideation (SI)

### **S3 Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression**

- Z: Anzahl der Patienten, die (unter Berücksichtigung der individuell erforderlichen Sicherheitskautele) in psychiatrische Behandlung überwiesen wurde; N: Alle Patienten mit akuter Suizidgefährdung und fehlender Absprachefähigkeit, die sich in Behandlung befinden.
- Z: Anzahl der Patienten, die Informationen zu einer Selbsthilfegruppe/ Angehörigengruppe erhalten hat; N: Alle Patienten mit einer unipolaren depressiven Erkrankung in Behandlung.
- 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 zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen**

- Z: % der Patienten mit wiederholter Dokumentation des psychosozialen Funktionsvermögens im Verlauf; N: alle Patienten
- 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
- Z: % der Patienten, bei denen dokumentiert wurde, dass sie an einer störungsspezifischen Psychoedukationsgruppe teilgenommen haben (bzw. denen es zumindest angeboten wurde); N: alle Patienten
- Z: % der Patienten, bei denen dokumentiert wurde, dass sie eine mindestens einfache Psychoedukation erhalten haben; N: alle Patienten
- Z: % der Patienten, bei denen dokumentiert wurde, dass sie krankheitsspezifische Informationen zur Erkrankung und zur Therapie erhalten haben; N: alle Patienten
- Z: % der Patienten, bei denen ein Hinweis auf eine Ermutigung zur Teilnahme an einer SHG dokumentiert wurde; N: alle Patienten
- 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
- Z: % der Patienten, bei denen eine sorgfältige Untersuchung möglicher komorbider psychischer Störungen dokumentiert ist; N: alle Patienten
- Z: % der Patienten, bei denen eine sorgfältige Untersuchung möglicher komorbider somatischer Störungen zu Beginn und im Verlauf dokumentiert ist; N: alle Patienten
- Z: % der Patienten, bei denen mehrfach dokumentiert wurde, dass die Angehörigen eingebunden wurden; N: Patienten, die mit Einbindung der Angehörigen einverstanden waren
- Z: % Patienten für die wiederholt dokumentiert wurde, dass Suizidalität ggf. auch durch direkte Ansprache beurteilt wurde; N: alle Patienten
- Z: % Patienten, bei denen eine ausführliche und interaktive Gruppenpsychoedukation empfohlen wurde; N: alle Patienten
- Z: % stabile und weitestgehend euthyme Patienten, bei denen eine KVT empfohlen wurde; N: alle stabilen und weitestgehend euthymen Patienten

## Anhang VIII: Recherche zu Messinstrumenten

Abkürzung	Name (Publikation)
ADS	Allgemeine Depressions Skala
AKV	Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung
BAI	Becks Anxiety Inventory
BCQ 2000	Der Bochumer Veränderungsbogen
BDI-II	Beck Depressions Inventar
BFTB	Bonner Fragebogen für Therapie und Beratung
BIT-T	Berner Inventar für Therapieziele
BSI 18	Brief Symptom Inventory 18
BSS	Beeinträchtigungsschwere-Score
BSCL	Brief Symptom Checklist
CALPAS	California psychotherapy alliance scale
CBCL	Child Behavior Checklist
CDS	Carroll Rating Scale for Depression
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
DFS	Der Fragebogen zur Dysfunktionalen und Funktionalen Selbstaufmerksamkeit
CRS-D	Carroll Rating Scale for Depression
EB-45	Fragebogen zum Ergebnis von Psychotherapie
EMI-B	Emotionalitätsinventar
FLZ	Fragebogen zur Lebenszufriedenheit
FMI	Freiburg Mindfulness Inventory
FTB-KJ	Fragebogen zur Therapeutischen Beziehung für Kinder und Jugendliche
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder 7
GBB-24	Giessener Beschwerdebogen
GBB-KJ	Gießener Beschwerdebogen für Kinder und Jugendliche
GHQ-12	General Health Questionnaire-12
HAQ	Skala Therapeutische Allianz
HEALTH-49	Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis
HoNOS-D	Health of the Nation Outcome Scales - Deutsch
HZI	Hamburger Zwangsinventar
HZI-K	Hamburger Zwangsinventar - Kurzform
IDS-SEK	Intelligence and Development Scale Sozial-Emotionale Kompetenz
IDS	Inventar Depressiver Symptome (Inventory of Depressive Symptomatology)
IES	Impact of Event Scale
IGQ	Interpersonal Guilt Questionnaire

Abkürzung	Name (Publikation)
IIP-D	Inventar Interpersonaler Probleme
IIP-32	Inventar Interpersonaler Probleme
ISR-Skala	ICD-10-Symptom-Rating
IVE	Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie bei 9- bis 14-jährigen Kindern
MADRS - S	Montgomery-Asberg Depression Rating Scale
OO-45.2/EB 45	Fragebogen zum Ergebnis von Psychotherapie
PAS	Panic and Agoraphobia Scale
PATHEV	Patient Questionnaire on Therapy Expectation and Evaluation
PDRQ-9	Patient-Doctor-Relationship Questionnaire
PEACS	Patients' Experiences Across Health Care Sectors
PEF-FB-9	Fragebogen zur Partizipativen Entscheidungsfindung (revidierte 9-Item Fassung)
PHQ-4	Patient Health Questionnaire
PHQ-D	Patient Health Questionnaire
PICS	Patient Involvement in Care Skalen
POMS	Profile of Mood States
RSQ	Relationship Scales Questionnaire
SCL-90-S	Symptom-Checklist-90-Standard
SDM-Q-9	The 9-item Shared Decision Making Questionnaire
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SEK-27	Fragebogen zur standardisierten Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen
SEL	Skalen zur Erfassung der Lebensqualität
SEQ-D	Session-Evaluation-Questionnaire
SF-8	Short-Form Health Survey
SF-36	Short-Form Health Survey
SOMS	Das Screening für somatoforme Störungen
STEP	Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzel-Psychotherapie
TPB	Der Therapie-Prozessbogen
VEV	Fragebogen zur Messung von Veränderungen des Erlebens und Verhaltens während der Therapie
VNIS	The Negative Indicators Scale
VPPS	Vanderbilt Psychotherapie-Prozess-Skala
WAI-SR	Working Alliance Inventory-Short Revised
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
YSQ-S3	Young-Schema-Questionnaire
YSR	Dose Effect in Child Psychotherapy: Outcomes Associated With Negligible Treatment
ZBKT	Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas

Abkürzung	Name (Publikation)
ZUF 8	Zufriedenheit mit der stationären Versorgung