



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psycho- therapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Abschlussbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 14. Juni 2021

Impressum

Thema:

Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Abschlussbericht

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner:

Prof. Dr. Jürgen Pauletzki, Fanny Schoeler-Rädke

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

17. Mai 2018

Datum der Abgabe:

14. Juni 2021

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

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

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

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

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

Tabellenverzeichnis

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

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

Abbildungsverzeichnis

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

Abkürzungsverzeichnis

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

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

Kurzfassung

Hintergrund

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

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

Auftrag

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

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

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

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

Methodisches Vorgehen

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

Ergebnisse

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

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

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

Umsetzung

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

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

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

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

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Im Jahr 2018 haben ca. 1,4 Millionen Patientinnen und Patienten eine Psychotherapie in Einzelbehandlung, entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie¹ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), in Anspruch genommen.² Berechnungen, bezogen auf das Jahr 2019, der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) zufolge nahmen in einem Quartal etwa 1,5 Millionen gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten psychotherapeutische Leistungen in Praxen niedergelassener Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Anspruch. Dafür standen für Erwachsene mit psychischen Erkrankungen im Jahr 2019 insgesamt 28.067 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Verfügung. Davon waren 6.219 ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und 21.848 Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (DGPPN 2020).

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

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

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

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie. In der Fassung vom 19. Februar 2009, zuletzt geändert am 18. Oktober 2018, in Kraft getreten am 21. Dezember 2018. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/historie/1733/> (abgerufen am 08.01.2021).

² Eigene Hochrechnungen der Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse.

³ „Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2022 in einer Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 ein einrichtungsübergreifendes sektorspezifisches Qualitätssicherungsverfahren für die ambulante psychotherapeutische Versorgung. Er hat dabei insbesondere geeignete Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie Mindestvorgaben für eine einheitliche und standardisierte Dokumentation, die insbesondere eine Beurteilung des Therapieverlaufs ermöglicht, festzulegen.“ (§ 136a Abs. 2a SGB V)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2 Beauftragung und Auftragsverständnis

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

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

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

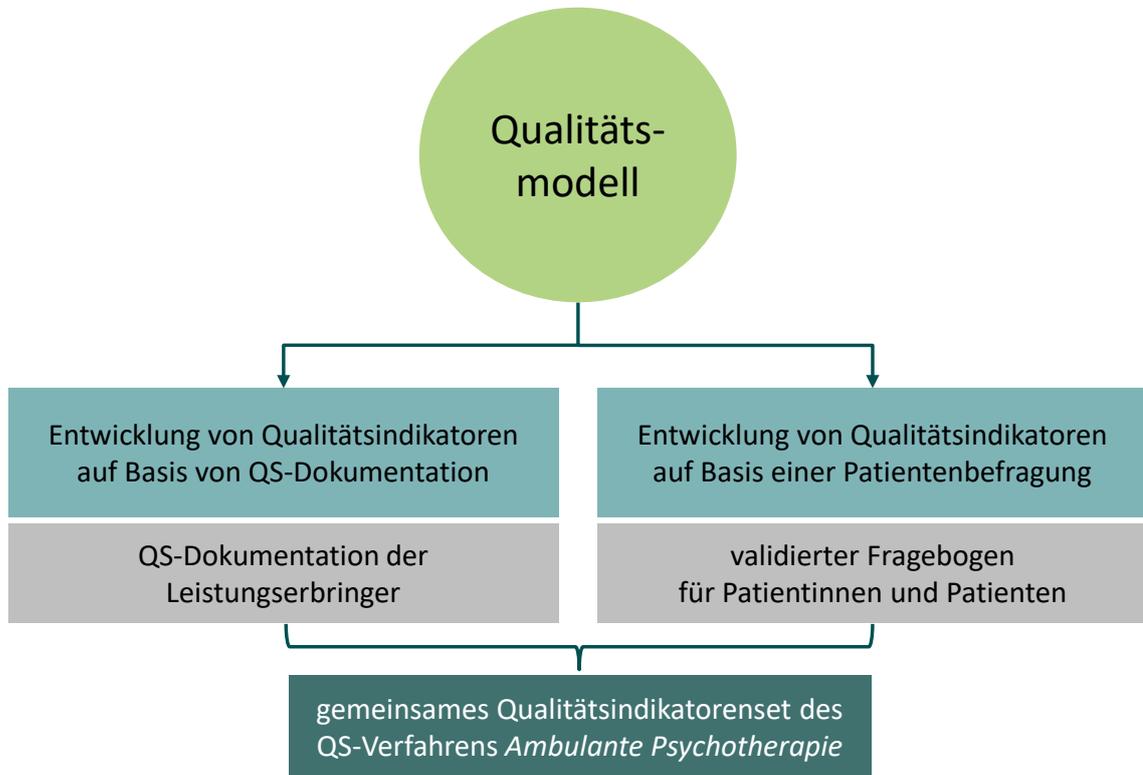


Abbildung 1: Ablauf der Entwicklung eines gemeinsamen Sets an Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens „Ambulante Psychotherapie“

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

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

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

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

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

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

2 Versorgungspraxis

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

2.1 Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

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

2.1.1 Indikationen

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

1. *Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie;*
2. *Angststörungen und Zwangsstörungen;*
3. *Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen);*
4. *Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen;*
5. *Essstörungen;*
6. *Nichtorganische Schlafstörungen;*
7. *Sexuelle Funktionsstörungen;*

8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen;

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

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

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

1b. Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide und gleichzeitige stabile substituionsgestützte Behandlung gemäß Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“. [...].

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

3. Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe.

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

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

2.1.2 Behandlungsformen

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

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

Psychotherapeutische Sprechstunde (§ 11 Psychotherapie-Richtlinie)

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

Probatorische Sitzungen (§ 12 Psychotherapie-Richtlinie)

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

Psychotherapeutische Akutbehandlung (§ 13 Psychotherapie-Richtlinie)

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

Rezidivprophylaxe (§ 14 Psychotherapie-Richtlinie)

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

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

Psychotherapieverfahren (§§ 15 bis 17 Psychotherapie-Richtlinie)

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

Kurzzeit- und Langzeittherapie, Leistungsumfang

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

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

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

2.1.3 Weitere zentrale Elemente der Psychotherapie-Richtlinie

Antrags- und Gutachterverfahren

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

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

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

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

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

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

Konsiliarverfahren

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

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

Anzeigeverfahren

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

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

2.1.4 Neuerungen der Psychotherapie-Richtlinie

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

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

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

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

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

Nachdem Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bereits seit dem Jahr 2018 auch Soziotherapie verordnen können⁶, kommt es nun zu einer weiteren Verordnungsmöglichkeit von Heilmitteln. Am 15. Oktober 2020 und am 3. Dezember 2020 wurde der Beschluss des G-BA über die Änderung der HeilM-RL zur Möglichkeit der Verordnung von Ergotherapie durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gefasst, welcher am 1. Januar 2021 in Kraft getreten ist (G-BA 2020a). Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können demzufolge bei einer Erkrankung aus dem Indikationsspektrum der Richtlinien-Psychotherapie oder bei Erkrankungen, bei denen eine neuropsychologische Therapie angewendet werden kann, Ergotherapie verordnen (KBV 2020b). Die Neuerungen zu den Verordnungsbefugnissen sind in der Psychotherapie-Vereinbarung (PTV) als Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag geregelt.

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

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

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

2.2 Ablauf der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

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

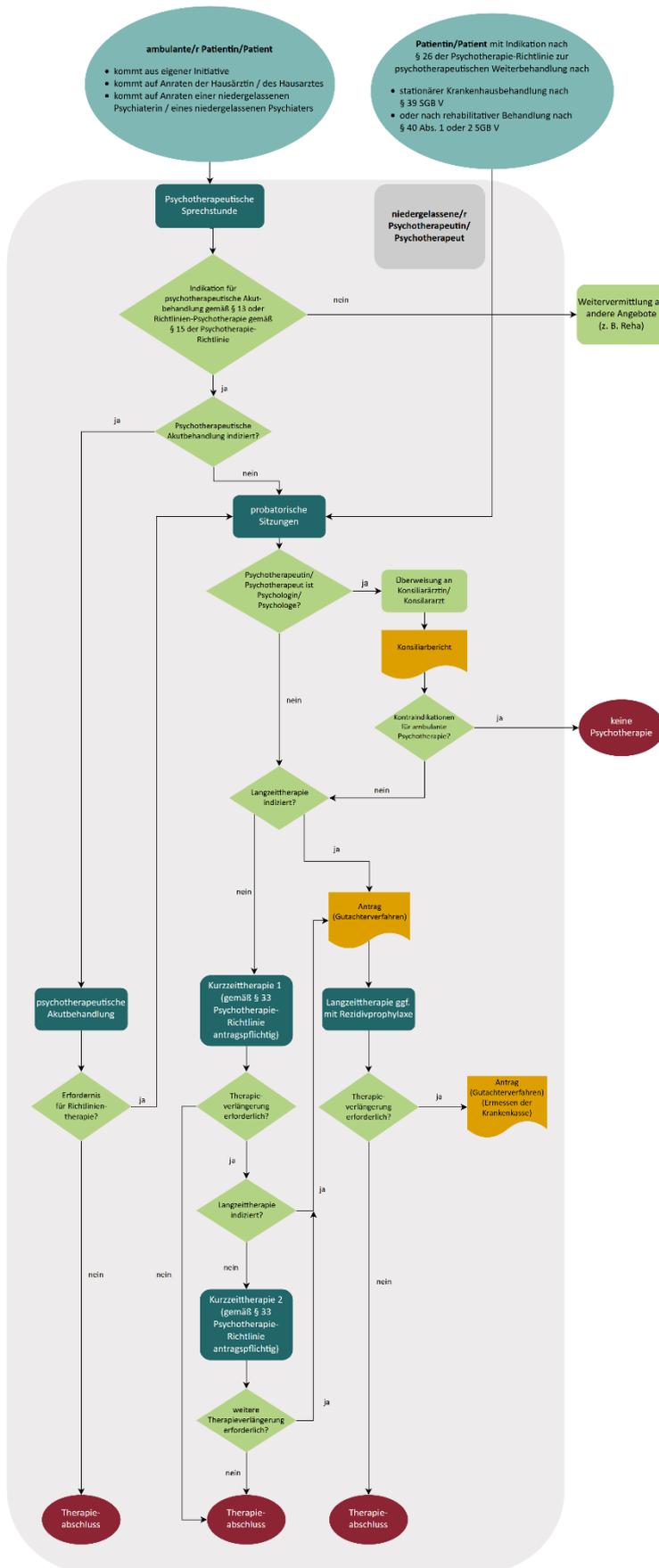


Abbildung 2: Versorgungspfad der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

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

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

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

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

2.3 Versorgungspraxis zur ambulanten Psychotherapie nach Psychotherapie-Richtlinie

Im Folgenden werden zentrale Aspekte der aktuellen Versorgungspraxis in Deutschland dargestellt, die bereits im Zwischenbericht zur Entwicklung einer Patientenbefragung (IQTIG 2020) aufgeführt sind. Die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und zum Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH)⁷ schätzte die 12-Monats-Prävalenzen für psychische Störungen (kodierte nach DSM-IV-TR⁸) in der erwachsenen Bevölkerung auf 27,8 % (Konfidenzintervall: Untergrenze = 26,4 %; Obergrenze = 29,3 %) (Jacobi et al. 2014, Jacobi et al. 2016). Hierbei lagen geschlechtsspezifische Unterschiede vor. So betrug die 12-Monats-Prävalenz bei Frauen 33,3 %, bei Männern 22,0 %. Bei 49,8 % der erwachsenen Menschen mit einer psychischen Erkrankung konnten zudem zwei oder mehrere psychische Komorbiditäten identifiziert werden. Die Autoren nahmen an, dass etwa 17,8 Millionen erwachsene Menschen in Deutschland von einer psychischen Erkrankung betroffen waren. In der Publikation von Mack et al. (2014) konnten keine Hinweise auf Unterschiede bezüglich der Häufigkeiten von psychischen Erkrankungen im ländlichen Raum im Vergleich zum städtischen Raum festgestellt werden (Mack et al. 2014). Auch die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) zeigt dies anhand von eigenen Berechnungen auf Basis von Erhebungen des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) und der Psychologischen Hochschule Berlin aus dem Jahr 2016 auf (BPtK 2018).

2.3.1 Versorgungsdichte durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

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

⁷ Der Untersuchungszeitraum für das Zusatzmodul Psychische Gesundheit war von September 2009 bis März 2012.

⁸ Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen IV (4. Auflage) – Textrevison.

⁹ Die BPtK bezieht sich auf ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, darunter auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten.

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

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

2.3.2 Zugang zur ambulanten Psychotherapie

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

Zur Unterstützung bei der Terminfindung können die Terminservicestellen der KBV genutzt werden¹², so z. B. seit dem 1. April 2018 auch zur Vermittlung eines Termins für eine psychotherapeutische Sprechstunde und seit dem 1. Oktober 2018 zur Vermittlung probatorischer Sitzungen. Die Terminservicestellen haben hierbei für die Terminfindung eine Woche Zeit, wobei der Termin innerhalb eines Zeitfensters von bis zu 4 Wochen nach Vermittlung erfolgen muss. Für

¹⁰ Das Robert Koch-Institut bezieht sich auf ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, darunter auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten.

¹¹ Die BpTK bezieht sich auf ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, darunter auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten.

¹² Gemäß §2a, Abs. 1 der Vereinbarung über die Einrichtung von Terminservicestellen und die Vermittlung von Facharztterminen beziehen sich die nachfolgenden Angaben zu den Terminvermittlungen auf ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, darunter auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten.

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

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

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

2.3.3 Charakteristika der Versorgung von Patientinnen und Patienten

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

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

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

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

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

2.3.4 Volkswirtschaftliche Konsequenzen von psychischen Erkrankungen

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

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

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

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

3 Methodisches Vorgehen

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

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

3.1 Leitlinien- und Literaturrecherche

3.1.1 Ziele der Recherche

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

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

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

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

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

3.1.2 Recherchekonzept

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

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

Leitlinien

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

Aktualisierung der systematischen Literaturrecherche

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

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

Ergebnisqualität

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

Risikoadjustierungsvariablen und Risikofaktoren

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

3.2 Ergebnisse der Leitlinien- und Literaturrecherche

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

3.2.1 Ergebnisse der systematischen Leitlinienrecherche

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

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

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

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

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

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

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

Diagnostik

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

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

Therapiezielvereinbarung

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

Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf

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

Kooperation

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

Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes

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

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

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

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

Outcome

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

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

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

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

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

3.2.2 Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche

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

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

Aktualisierung des Rechercheblocks „Versorgungssituation“

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

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

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

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

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

Qualitätsaspekt „Diagnostik“

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

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

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

Qualitätsaspekt „Therapiezielvereinbarung“

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

Qualitätsaspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“

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

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

Qualitätsaspekt „Kooperation“

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

Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“

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

Qualitätsaspekt „Outcome“

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

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

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

3.2.4 Zusammenfassung und Limitationen

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

3.3 Fokusgruppen

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

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

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

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

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

3.3.2 Planung der Fokusgruppen und Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen	geplante Anzahl und Zusammensetzung
Patientinnen und Patienten	jeweils eine Fokusgruppe mit 6–8 Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Rekrutierung <ul style="list-style-type: none"> ▪ mindestens 5 bis höchstens 12 Termine in einer ambulanten Richtlinien-Psychotherapie hatten ▪ mindestens 13 und höchstens 25 Termine in einer ambulanten Richtlinien-Psychotherapie hatten ▪ mindestens 26 oder mehr Termine in einer ambulanten Richtlinien-Psychotherapie hatten ▪ eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie abgeschlossen hatten
ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	2 Fokusgruppen mit jeweils 6–8 ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die Patientinnen und Patienten gemäß Psychotherapie-Richtlinie in Einzeltherapie versorgen

3.3.3 Ethikvotum und Datenschutzkonzept

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

3.3.4 Moderationsleitfaden

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

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

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

3.3.5 Durchführung der Fokusgruppen

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

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

3.3.6 Kurzfragebogen

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

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

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

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

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

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

3.3.7 Auswertung des Datenmaterials

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

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

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

Im Einzelnen standen bei der Datenanalyse folgende Fragen im Vordergrund:

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

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

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

3.4 Datenbasis

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

3.4.1 Sozialdaten

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

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

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

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

3.4.2 Auswertung ambulanter Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)

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

3.5 Einbindung externer Expertinnen und Experten

3.5.1 Ziele und Aufgaben des Expertengremiums

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

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

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

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

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

- Potenzial zur Verbesserung
- Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer

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

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

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

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

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

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

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

3.5.2 Registrierungsverfahren für das Expertengremium

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

3.5.3 Auswahl der Expertinnen und Experten und Besetzung des Expertengremiums

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

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

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

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

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

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

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

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

3.5.4 Treffen des Expertengremiums

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

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

3.5.5 Vorgehen bei der Einschätzung der Qualitätsmerkmale durch das Expertengremium

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

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

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

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

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

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

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

3.6 Indikatorenentwicklung

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



Abbildung 3: Entwicklungsschritte vom Qualitätsmodell bis zum Qualitätsindikatorensatz

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

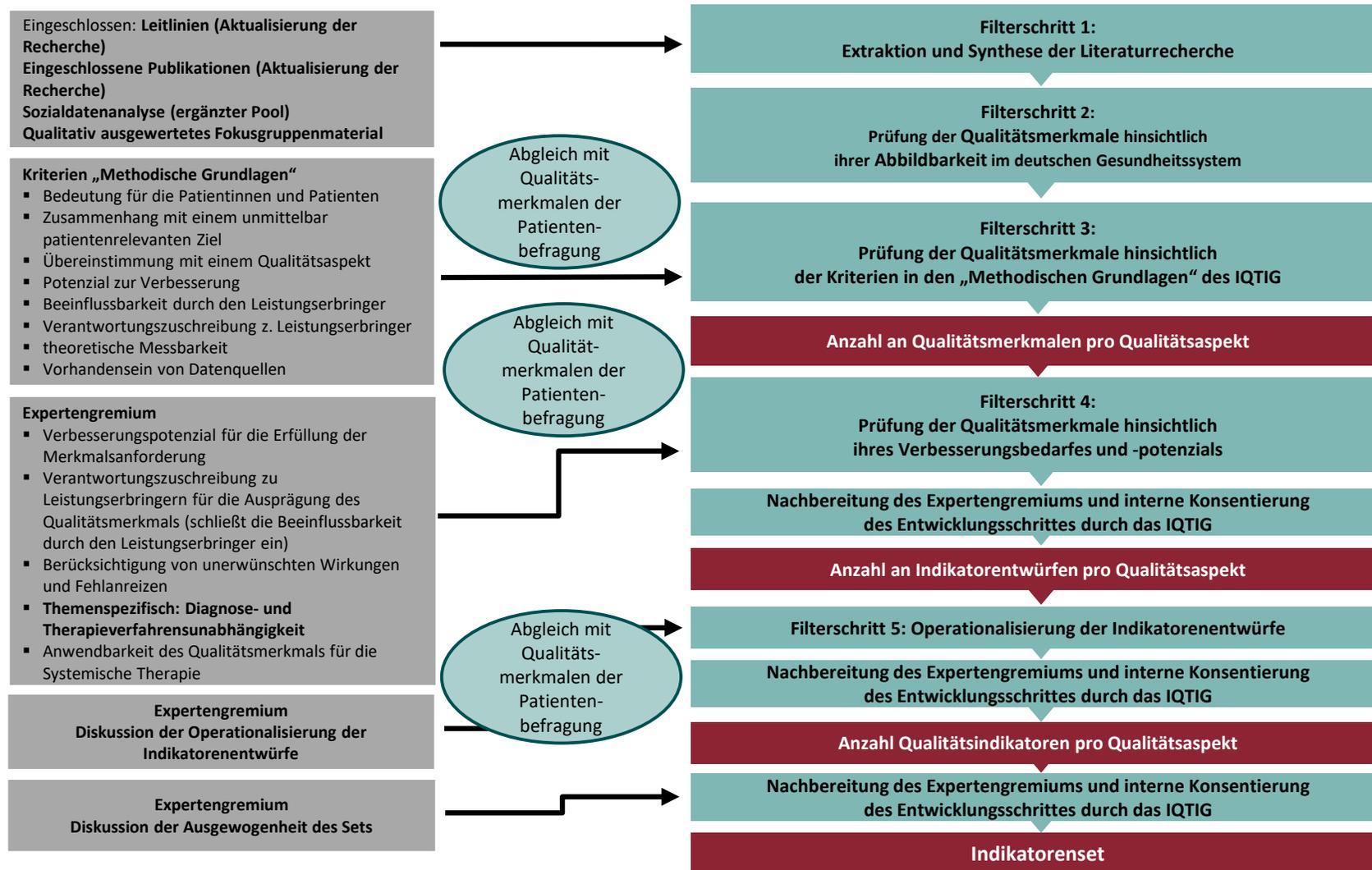


Abbildung 4: Ablauf der Indikatorenentwicklung

Ableitung der Qualitätsmerkmale

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

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

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

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

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

Themenspezifisch wurden folgende Kriterien für die Diskussion und Bewertung ergänzt:

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

- **Unabhängigkeit vom angewandten psychotherapeutischen Verfahren**

Es handelt sich um ein Qualitätsmerkmal, das für die Therapieverfahren gemäß Psychotherapie-Richtlinie (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie) gleichermaßen gilt.

- **Anwendbarkeit des Qualitätsmerkmals für die Systemische Therapie**

Da sich die Informationsquellen, die für die Erstellung des Qualitätsmodells und die Ableitung der Merkmale zur Verfügung standen, inhaltlich noch nicht auf die später in die Richtlinie aufgenommene Systemische Therapie beziehen, muss dies gesondert geprüft werden.

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

Operationalisierung der Qualitätsmerkmale

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

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

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

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

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

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

3.7 Beteiligungsverfahren

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

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

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

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

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

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

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

4 Grundgesamtheit des QS-Verfahrens

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

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

4.1 Adressiertes Patientenkollektiv

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

4.2 Eingeschlossene Diagnosen

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

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

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

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

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

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

4.3 Ausgeschlossene Diagnosen

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

Tabelle 3: Ausgeschlossene Diagnosen

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

4.4 Eingeschlossene Leistungen

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

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

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

4.5 Adressierte Leistungserbringer

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

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

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

4.6 Beschreibung der Patientinnen und Patienten

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

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

Psychotherapeutische Sprechstunde

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

Probatorik

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

Richtlinien-Psychotherapie

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

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

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

¹⁹ Die Definition der Datenbasis ist in Abschnitt 3.4 dargestellt.

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

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

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

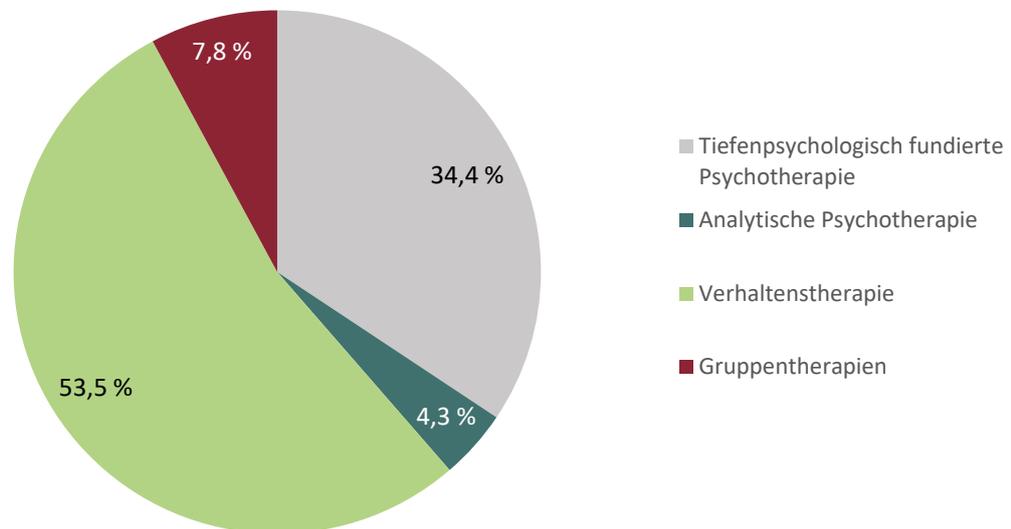


Abbildung 5: Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die einzeltherapeutischen Behandlungen in Kurz- und Langzeittherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie im Verhältnis zur Gesamtheit der gruppentherapeutischen Behandlungen

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

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

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

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

Quelle: KBV 2019

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

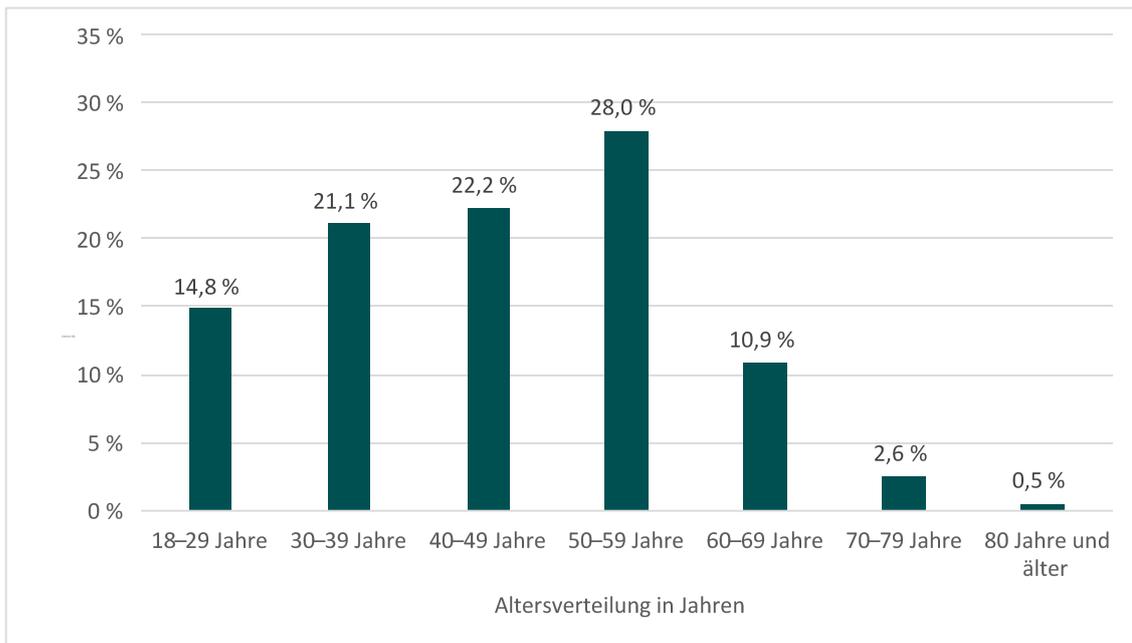


Abbildung 6: Altersverteilung der Patientinnen und Patienten mit Richtlinien-Psychotherapie für den Zeitraum 1. Juli 2017 bis 30. Juni 2018

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

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

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

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

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

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

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

Rezidivprophylaxe

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

4.7 Beschreibung der ambulanten Leistungserbringer

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

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

Verteilung von Patientinnen und Patienten auf die Leistungserbringer

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

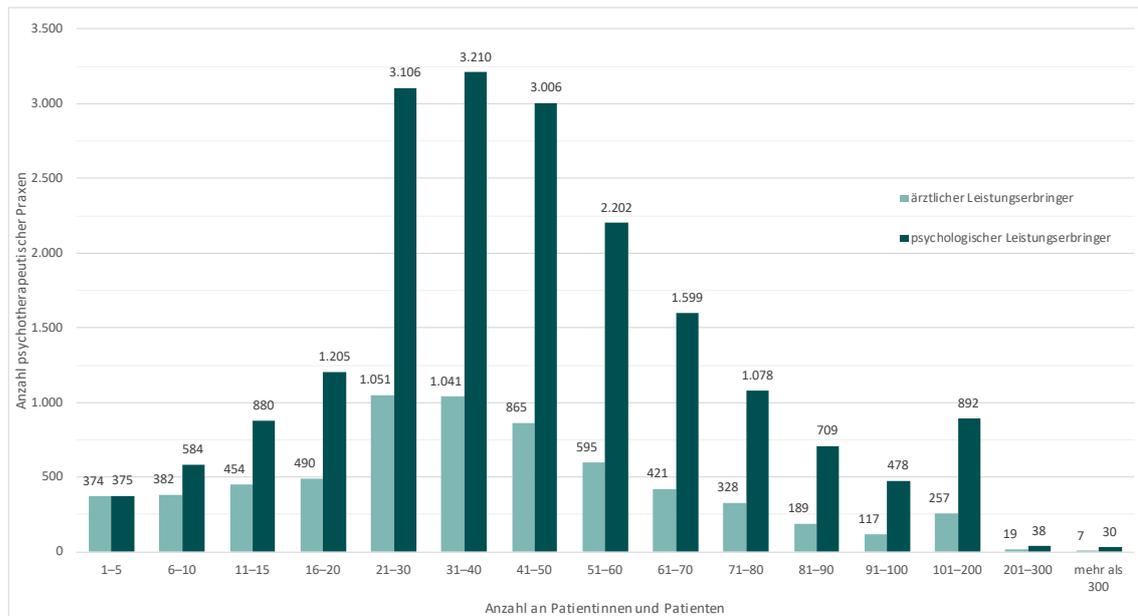


Abbildung 7: Anzahl an psychotherapeutischen Praxen, aufgeteilt nach der Anzahl der dort jeweils behandelten Patientinnen und Patienten für das Jahr 2018 (Quelle: KBV 2019)

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

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

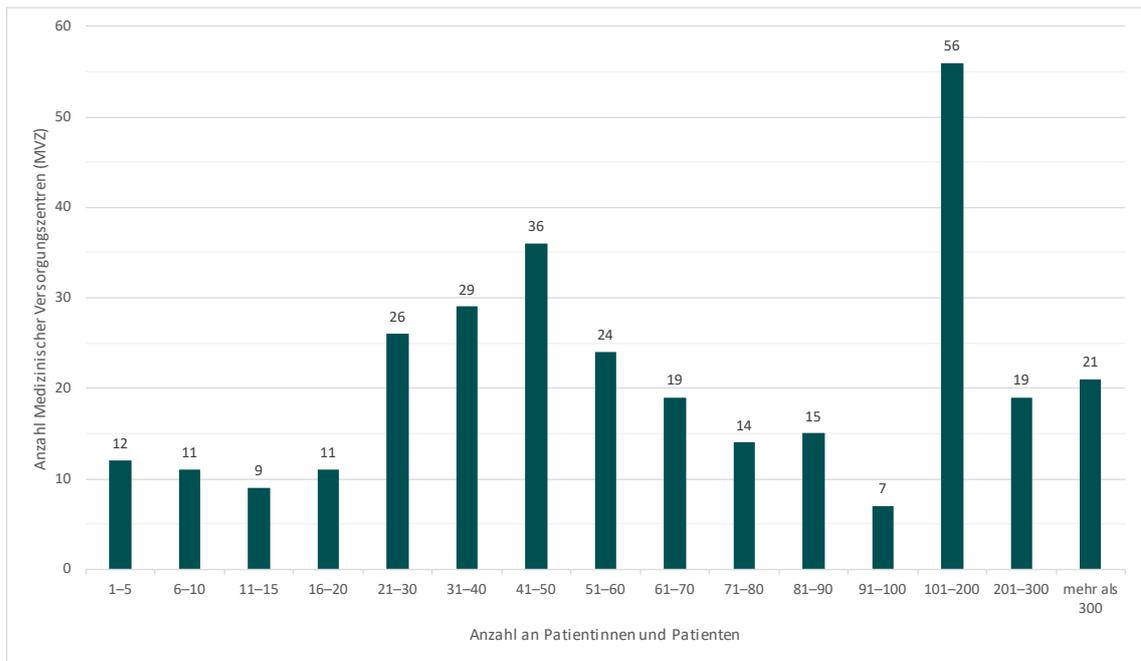


Abbildung 8: Anzahl an Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), aufgeteilt nach der Anzahl der dort jeweils behandelten Patientinnen und Patienten für das Jahr 2018 (Quelle: KBV 2019)

5 Entwicklung der Qualitätsindikatoren

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

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

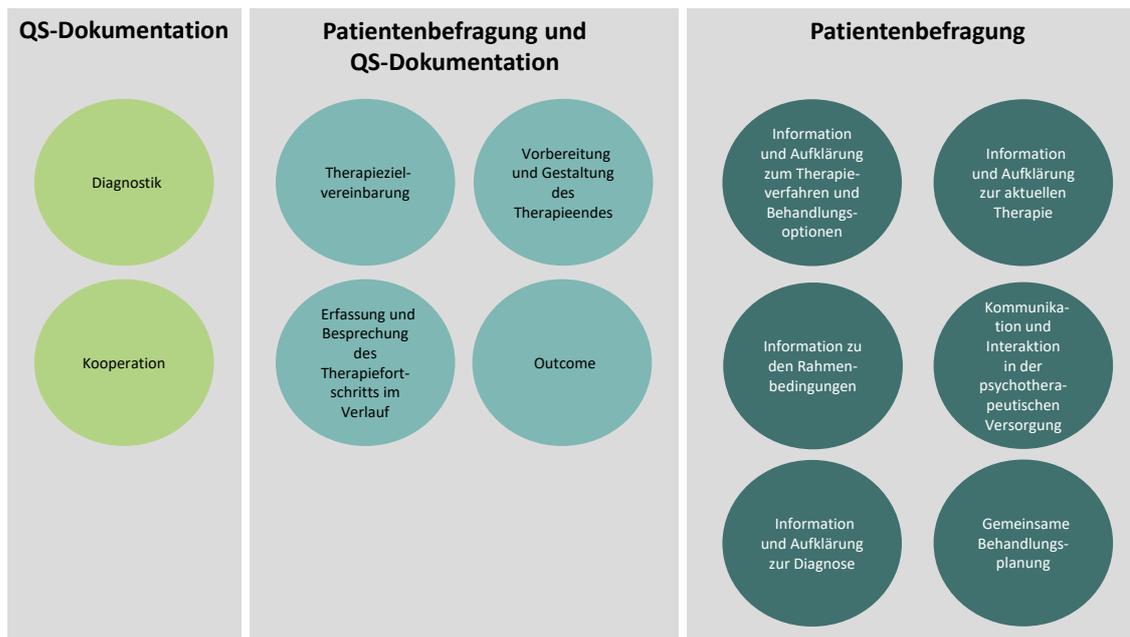


Abbildung 9: Zuordnung der selektierten Qualitätsaspekte zu den Datenquellen des QS-Verfahrens „Ambulante Psychotherapie“

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

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

5.1 Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Diagnostik“

5.1.1 Ableitung der patientenrelevanten Qualitätsmerkmale

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

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

Ableitung der Qualitätsmerkmale

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

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

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

Potenzial zur Verbesserung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

²¹ Eigene Hochrechnungen der Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse.

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

Beide Qualitätsmerkmale wurden daher zur Beratung ins Expertengremium gegeben.

Ergebnisse des Expertengremiums

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

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

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

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

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

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

5.1.2 Operationalisierte Qualitätsmerkmale

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

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

Qualitätsaspekt	Konkretisierte Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren
Diagnostik	Diagnostische/s Gespräch/e und Dokumentation des Gespräches/der Gespräche mit <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhebung der Symptomatik ▪ ausführlicher (biografischer) Anamnese ▪ Erhebung psychischer Komorbiditäten ▪ Erhebung somatischer Komorbiditäten ▪ Medikamentenanamnese ▪ Erhebung der Behandlungsgeschichte ▪ Erhebung der funktionalen Einschränkung ▪ Erhebung der Lebensqualität ▪ ggf. Erhebung Substanzmissbrauch ▪ ggf. Abklärung Suizidalität 	Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen
	Einsatz von geeigneten, validierten Messinstrumenten und Dokumentation der Ergebnisse	Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten

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

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

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

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

Ergebnisse des Expertengremiums

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

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

Anpassungen nach Beteiligungsverfahren

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ergebnisse des Expertengremiums

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

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

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

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

Anpassungen nach Beteiligungsverfahren

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

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

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

5.2 Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Therapiezielvereinbarung“

5.2.1 Ableitung der patientenrelevanten Qualitätsmerkmale

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

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

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

Ableitung der Qualitätsmerkmale

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

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

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

Potenzial zur Verbesserung

Für das Qualitätsmerkmal **„Gemeinsames Festlegen der Therapieziele zwischen Therapeutin/Therapeut und Patientin/Patient“** konnte anhand der vorliegenden Literatur keine Aussage hinsichtlich eines eventuell bestehenden Verbesserungspotenzial getroffen werden. Da für die Therapiezielvereinbarung keine spezifischen Abrechnungsziffern existieren, konnten auch anhand der dem IQTIG vorliegenden Sozialdaten einer Krankenkasse²² keine diesbezüglichen Analysen durchgeführt werden.

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

²² Eigene Hochrechnungen der Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse.

I: TN1, wurde mit Ihnen ein Ziel vereinbart im Rahmen dieser Behandlung?

TN1: Es hat sich dann so im Laufe der Sitzungen, hatte ich da auch über 20 Stunden, herauskristallisiert, ähm, [unverständlich] der Kernpunkt lag halt ganz woanders. Das hat mich dann auch so ein bisschen nachdenklich gemacht, weil die 20 Stunden waren dann schon weg und mein Problem war eigentlich gar nicht behoben, weil wir etwas ganz anderes angefangen hatten. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

[...] das heißt, ich will jetzt nicht mit einem Gewinn aus jeder Sitzung rausgehen, aber ich hatte gegen Ende der Langzeittherapie so für mich das Resümee, dass ich dachte, was hat mir das jetzt gebracht. Es war zwar nett, aber eigentlich nur nett und ich für mich selbst habe mich kein Stück weiterentwickelt, sodass ich mir schon wünschen würde, dass der rote Faden bei den Therapeuten bleibt und dass sie auch Ziele setzen und diese Ziele dem Patienten/Klienten auch mitteilen [...]. (Fg Pat Befr AmbPT 2019)

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

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

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

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

Ergebnisse des Expertengremiums

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

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

5.2.2 Operationalisierte Qualitätsmerkmale

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

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

Qualitätsaspekt	Konkretisierte Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren
Therapiezielvereinbarung	Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen	Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen

5.2.2.1 Qualitätsindikator „Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen“

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

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

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

Ergebnisse des Expertengremiums

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

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

Anpassungen nach Beteiligungsverfahren

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

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

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

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

5.3.1 Ableitung der patientenrelevanten Qualitätsmerkmale

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

Dieser Qualitätsaspekt wird auch durch die Patientenbefragung adressiert.

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

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

Ableitung der Qualitätsmerkmale

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

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

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

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

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

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

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

Potenzial zur Verbesserung

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

Hochrechnungen auf Basis eigener Analysen von Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2016²³ ergaben jedoch, dass bei nur ca. 15 % der Patientinnen und Patienten im Verlauf der psychotherapeutischen Behandlung der Einsatz von Messinstrumenten abgerechnet wird, was nahelegt, dass der **Einsatz von geeigneten Skalen oder validierten Instrumenten zur Selbst- und Fremdbeurteilung zur Überprüfung des Therapiefortschritts** in der Versorgung sehr selten erfolgt.

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

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

²³ Eigene Hochrechnungen der Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse.

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

Ergebnisse des Expertengremiums

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

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

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

5.3.2 Operationalisierte Qualitätsmerkmale

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

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

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

5.3.2.1 Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs“

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

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

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

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

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

Ergebnisse des Expertengremiums

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

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

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

Anpassungen nach Beteiligungsverfahren

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

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

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

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

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

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

Anpassungen nach Beteiligungsverfahren

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

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

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

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

5.4 Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Kooperation“

5.4.1 Ableitung der patientenrelevanten Qualitätsmerkmale

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

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

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

Ableitung der Qualitätsmerkmale

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

Potenzial zur Verbesserung

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

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

Ergebnisse des Expertengremiums

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

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

5.4.2 Operationalisierte Qualitätsmerkmale

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

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

Qualitätsaspekt	Konkretisierte Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren
Kooperation	Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit <ul style="list-style-type: none"> ▪ mitbehandelnden Fachärztinnen und Fachärzten oder Hausärztinnen und Hausärzten insbesondere bezüglich einer bestehenden behandlungsbegleitenden Medikation ▪ nicht-ärztlichen Mitbehandlerinnen und Mitbehandlern wie Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten ▪ sozialpsychiatrischen bzw. psychosozialen Institutionen ▪ stationären Leistungserbringern in Vorbereitung oder im Nachgang eines stationären Aufenthalts 	Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten

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

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

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

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

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

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

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

Ergebnisse des Expertengremiums

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

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

Anpassungen nach Beteiligungsverfahren

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

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

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

5.5 Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“

5.5.1 Ableitung der patientenrelevanten Qualitätsmerkmale

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

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

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

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

Ableitung der Qualitätsmerkmale

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

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

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

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

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

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

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

Potenzial zur Verbesserung

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

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

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

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

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

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

Ergebnisse des Expertengremiums

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

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

5.5.2 Operationalisierte Qualitätsmerkmale

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

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

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

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

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

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

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

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

Anpassungen nach Beteiligungsverfahren

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

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

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

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

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

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

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

Ergebnisse des Expertengremiums

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

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

Anpassungen nach Beteiligungsverfahren

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

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

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

5.6 Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Outcome“

5.6.1 Ableitung der patientenrelevanten Qualitätsmerkmale

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

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

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

Ableitung der Qualitätsmerkmale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Potenzial zur Verbesserung

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

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

Ergebnisse des Expertengremiums

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

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

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

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

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

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

5.6.2 Operationalisierte Qualitätsmerkmale

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

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

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

5.6.2.1 Qualitätsindikator „Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie“

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

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

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

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

Ergebnisse des Expertengremiums

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

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

Anpassungen nach Beteiligungsverfahren

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

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

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

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

6 Empfohlene Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7 Umsetzungs- und Auswertungskonzept

7.1 Allgemeine Informationen zur Datenerfassung

7.1.1 Verfahrensart (bundes-/länderbezogenes Verfahren)

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

7.1.2 Vollerhebung/Stichprobe

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

7.1.3 Einbezogene Datenquellen und Erhebungsinstrumente

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

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

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

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

7.2 Fallbezogene QS-Dokumentation

7.2.1 Grundlagen und rechtliche Rahmenbedingungen

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

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

7.2.2 Datenselektion (QS-Filter)

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

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

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

7.2.3 Erforderliche Datenfelder

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

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

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

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

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

7.2.4 Prüfung der Datenqualität

Im Regelbetrieb werden die folgenden Aspekte der Datenqualität routinemäßig geprüft:

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

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

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

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

7.2.5 Vollzähligkeit (Soll/Ist-Abgleich) und Vollständigkeit

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

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

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

7.3 Grundmodell des Datenflusses

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

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

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

7.3.2 Datenflüsse

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

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

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

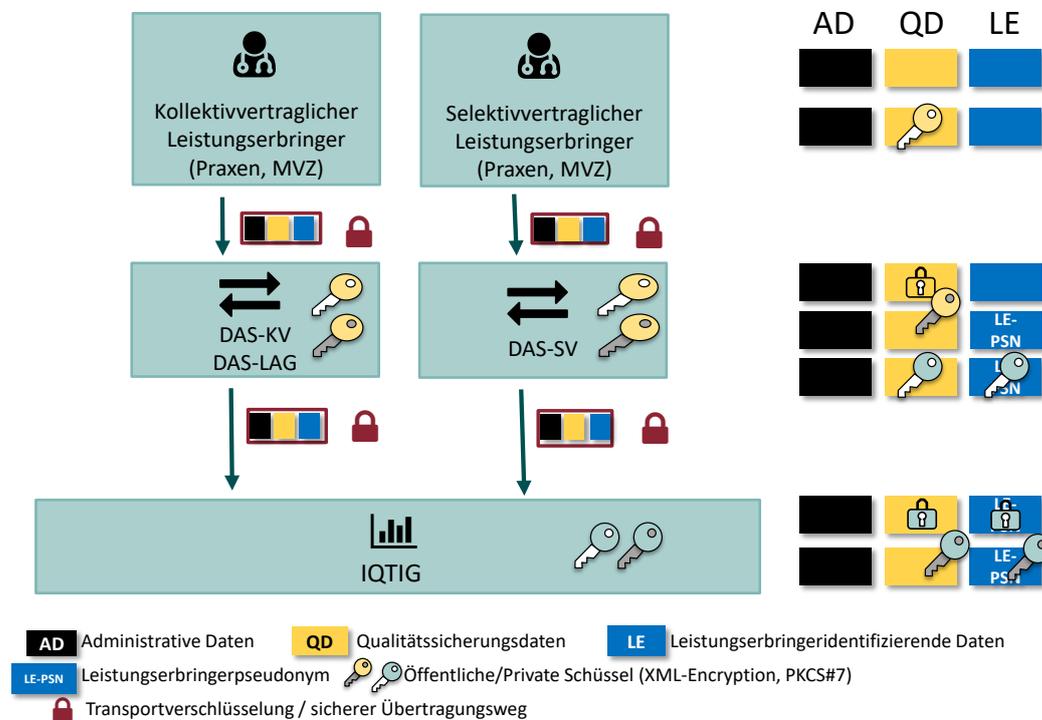


Abbildung 10: Datenflüsse der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

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

7.4 Softwareumsetzung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.5 Auswertungskonzept

Die Beauftragung des G-BA beinhaltet, den Nutzen eines längeren, beispielsweise 2-jährigen, Beobachtungszeitraums²⁴ zu überprüfen (G-BA 2018c). Das zukünftige QS-Verfahren ist hinsichtlich der dokumentationsbasierten Indikatoren als Vollerhebung konzipiert, sodass ca. 1,5 Millionen QS-Fälle bei ca. 28.000 Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eingeschlossen würden. Es sind daher pro Leistungserbringer relativ kleine Fallzahlen zu erwarten (siehe Abschnitt 4.7).

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

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

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

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

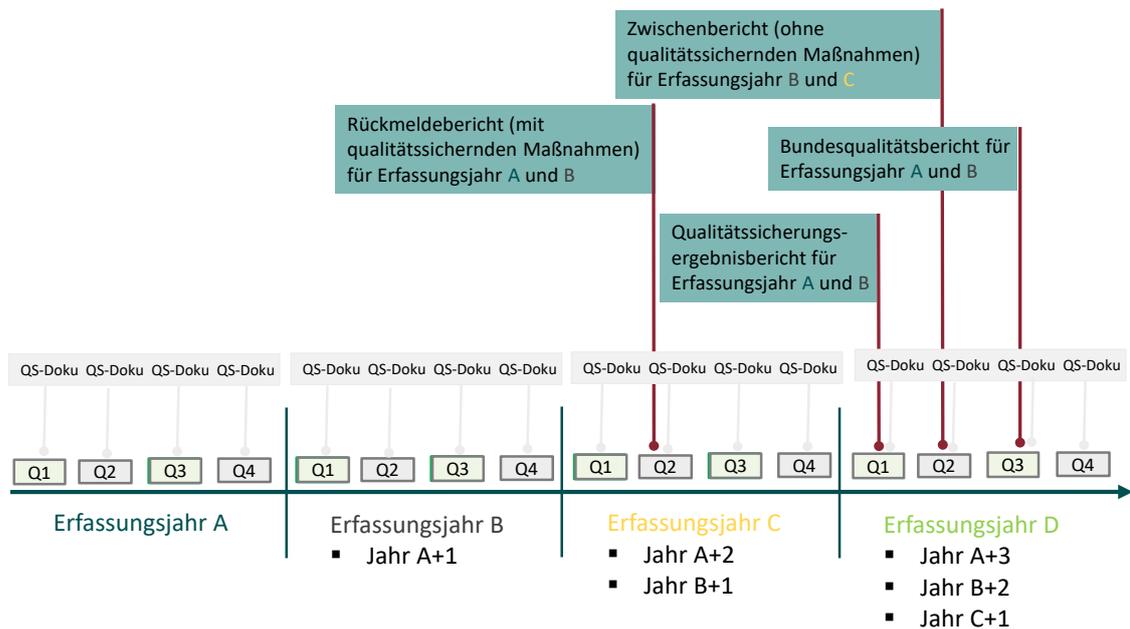
In die Analysen mit rollierenden Fenstern gingen demnach immer die Daten aus zwei Erfassungsjahren ein, sodass die statistischen Auffälligkeiten auf durchschnittlich den gleichen Grundgesamtheiten an QS-Fällen je Leistungserbringer berechnet würden. Ein Fall kann demnach zwar in zwei rollierende Auswertungsfenster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

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

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

7.6 Berichtswesen

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



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

Abbildung 11: Mögliche Zeitschiene erfassungsjahresbezogener Lieferungen

7.6.1 Berichte an die Leistungserbringer

7.6.1.1 Zwischenberichte

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

Rückmeldeberichte (Teil 1 § 18 DeQS-RL)

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

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

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

7.6.2 Länder- und bundesbezogene Berichte

Länderauswertungen

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

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

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

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

Bundesauswertung

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

Qualitätssicherungsergebnisbericht (Teil 1 § 19 DeQS-RL)

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

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

Bundesqualitätsbericht (Teil 1 § 20 DeQS-RL)

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

7.6.3 Berichtszeitpunkte

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

7.7 Durchführung der qualitätssichernden Maßnahmen

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

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

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

8 Schritte bis zum Regelbetrieb

Empfehlung einer Machbarkeitsprüfung

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

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

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

Themenspezifische Bestimmungen

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

Spezifikationserstellung

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

Risikoadjustierung

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

Prospektive Rechenregeln

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

9 Fazit

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

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

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

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

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

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

Literatur

- Albrecht, M; Sander, M; Temizdemir, E; Otten, M (2020): PraxisBarometer Digitalisierung 2020. Stand und Perspektiven der Digitalisierung in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung. Ergebnisbericht für die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Stand: November 2020. Berlin: IGES Institut. URL: https://www.kbv.de/media/sp/IGES_KBV_PraxisBarometer_2020.pdf (abgerufen am: 18.01.2021).
- Altmann, U; Steffanowski, A; Wittmann, WW; Kramer, D; Bruckmayer, E; Pfaffinger, I; et al. (2014): Verlängerungen ambulanter Psychotherapien: Eine Studie zu Patienten-, Therapeuten-, Behandlungs- und Verlaufsmerkmalen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 64(5): 181-191. DOI: 10.1055/s-0033-1357134.
- Altmann, U; Thielemann, D; Strauß, B (2016): Ambulante Psychotherapie unter Routinebedingungen: Forschungsbefunde aus dem deutschsprachigen Raum. *Psychiatrische Praxis* 43(7): 360-366. DOI: 10.1055/s-0042-115616.
- Altmann, U; Thielemann, D; Zimmermann, A; Steffanowski, A; Bruckmeier, E; Pfaffinger, I; et al. (2018): Outpatient Psychotherapy Improves Symptoms and Reduces Health Care Costs in Regularly and Prematurely Terminated Therapies. *Frontiers in Psychology* 9:748. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00748.
- Amann, K; Arens, J; Beutel, M; Bilke-Hentsch, O; Bischof, G; Bonnet, U; et al. (2016): AWMF-Registernummer 076-001. S3-Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen [Langfassung]. Stand: 28.02.2016. Hamm [u. a.]: DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001l_S3-Leitlinie_Alkohol_2016-02.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- Amble, I; Gude, T; Stubdal, S; Andersen, BJ; Wampold, BE (2015): The effect of implementing the Outcome Questionnaire-45.2 feedback system in Norway: A multisite randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Psychotherapy Research* 25(6): 669-677. DOI: 10.1080/10503307.2014.928756.
- Andreas, S; Bartsch, G; Batra, A; Effertz, T; Gohlke, H; Jähne, A; et al. (2015): AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums [Langfassung]. Stand: 09.02.2015. Hamm [u. a.]: DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006l_S3_Tabak_2015-02.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- APA [American Psychiatric Association] (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder. Third Edition. [Stand:] October 2010 [reaffirmed 31.10.2015]. Washington, US-DC: APA. URL: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf (abgerufen am: 12.07.2018).

- APA [American Psychiatric Association] Work Group on Psychiatric Evaluation (2016): Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults [Full Guideline]. Third edition. Arlington, US-VA: APA. ISBN: 978-0-89042-465-0. URL: <https://psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.books.9780890426760> (abgerufen am: 11.07.2018).
- APA [American Psychological Association] (2017): Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults [Full Guideline]. [Stand:] 24.02.2017. Washington, US-DC: APA. URL: <http://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf> (abgerufen am: 11.07.2018).
- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2015): Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter. Konzeptskizze. Stand: 13.10.2015. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-032. URL: https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/413_Ambulante_Psychotherapie/Konzeptskizze_Ambulante_Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 02.08.2018).
- Awenat, YF; Shaw-Núñez, E; Kelly, J; Law, H; Ahmed, S; Welford, M; et al. (2017): A qualitative analysis of the experiences of people with psychosis of a novel cognitive behavioural therapy targeting suicidality. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches* 9(1): 38-47. DOI: 10.1080/17522439.2016.1198827.
- Bandelow, B; Wiltink, J; Alpers, GW; Benecke, C; Deckert, J; Eckhardt-Henn, A; et al. (2014): AWMF-Registernummer 051-028. S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen [Langfassung]. Stand: 15.04.2014. Berlin [u. a.]: DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-028I_S3_Angstst%C3%B6rungen_2014-05_2.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- Barber, JP; Solomonov, N (2019): Toward a personalized approach to psychotherapy outcome and the study of therapeutic change. *World Psychiatry* 18(3): 291-292. DOI: 10.1002/wps.20666.
- BAuA [Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin] (2019): Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2017. Stand: Januar 2019. Dortmund: BAuA. URL: https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitswelt-und-Arbeitsschutz-im-Wandel/Arbeitswelt-berichterstattung/Kosten-der-AU/pdf/Kosten-2017.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (abgerufen am: 13.01.2020).
- Bayliss, P; Holttum, S (2015): Experiences of antidepressant medication and cognitive-behavioural therapy for depression: A grounded theory study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 88(3): 317-334. DOI: 10.1111/papt.12040.
- Beard, JIL; Delgadillo, J (2019): Early response to psychological therapy as a predictor of depression and anxiety treatment outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety* 36(9): 866-878. DOI: 10.1002/da.22931.

- Behrendt, S; Bühringer, G; Hoyer, J (2014): Ambulante Psychotherapie der Substanzstörungen. Erweiterte Möglichkeiten nach Änderung der Psychotherapierichtlinie 2011. *Psychotherapeut* 59(4): 310-316. DOI: 10.1007/s00278-014-1046-4.
- Beintner, I; Jacobi, C (2018): Are we overdosing treatment? Secondary findings from a study following women with bulimia nervosa after inpatient treatment. *International Journal of Eating Disorders* 51(8): 899-905. DOI: 10.1002/eat.22894.
- Bell, CR (2017): Psychotherapeutic Subjectivities: A thematic Analysis of Experiences of Change in Psychoanalysis / Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy [Dissertation]. Carrolton, US-GA: University of West Georgia, College of Social Sciences. ProQuest Number: 10640305.
- Beutler, LE; Edwards, C; Someah, K (2018a): Adapting psychotherapy to patient reactance level: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychology* 74(11): 1952-1963. DOI: 10.1002/jclp.22682.
- Beutler, LE; Kimpara, S; Edwards, CJ; Miller, KD (2018b): Fitting psychotherapy to patient coping style: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology* 74(11): 1980-1995. DOI: 10.1002/jclp.22684.
- Birchwood, M; Mohan, L; Meaden, A; TARRIER, N; Lewis, S; Wykes, T; et al. (2018): The COMMAND trial of cognitive therapy for harmful compliance with command hallucinations (CTCH): a qualitative study of acceptability and tolerability in the UK. *BMJ: Open* 8(6): e021657. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-021657.
- BPtK [Bundes Psychotherapeuten Kammer] (2018): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018 [Studie]. [Stand:] 11.04.2018. Berlin: BPtK. URL: https://www.bptk.de/uploads/media/20180411_BPtK-Studie_Wartezeiten_2018.pdf (abgerufen am: 07.08.2018).
- BPtK [Bundespsychotherapeutenkammer] (2019): Die längsten Fehlzeiten weiterhin durch psychische Erkrankungen. BPtK-Auswertung 2018 „Langfristige Entwicklung Arbeitsunfähigkeit“. Pressemitteilung. [Stand:] 23.05.2019. Berlin: BPtK. URL: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/05/20190523_pm_bptk_Die-la%CC%88ngsten-Fehlzeiten-weiterhin-durch-psychische-Erkrankungen.pdf (abgerufen am: 18.10.2019).
- Braunwarth, W-D; Christ, M; Dirks, H; Dyba, J; Härtel-Petri, R; Harfst, T; et al. (2016): AWMF-Registernummer 038-024. S3-Leitlinie: Methamphetamin-bezogene Störungen [Langfassung]. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-662-53541-7. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-024l_S3-Methamphetamin-bezogene-Stoerungen-2016-11.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- Carlier, IV; Kovács, V; van Noorden, MS; van der Feltz-Cornelis, C; Mooij, N; Schulte-van Maaren, YWM; et al. (2017): Evaluating the Responsiveness to Therapeutic Change with Routine Outcome Monitoring: A Comparison of the Symptom Questionnaire-48 (SQ-48) with the Brief Symptom Inventory (BSI) and the Outcome Questionnaire-45 (OQ-45). *Clinical Psychology and Psychotherapy* 24: 61-71. DOI: 10.1002/cpp.1978.

- Constantino, MJ; Coyne, AE; Boswell, JF; Iles, BR; Víslá, A (2018a): A Meta-Analysis of the Association Between Patients' Early Perception of Treatment Credibility and Their Posttreatment Outcomes. *Psychotherapy* 55(4): 486-495. DOI: 10.1037/pst0000168.
- Constantino, MJ; Víslá, A; Coyne, AE; Boswell, JF (2018b): A Meta-Analysis of the Association Between Patients' Early Treatment Outcome Expectation and Their Posttreatment Outcomes. *Psychotherapy* 55(4): 473-485. DOI: 10.1037/pst0000169.
- Cuijpers, P; Li, J; Hofmann, SG; Andersson, G (2010): Self-reported versus clinician-rated symptoms of depression as outcome measures in psychotherapy research on depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 30(6): 768-778. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.06.001.
- Cuijpers, P; Reijnders, M; Karyotaki, E; de Wit, L; Ebert, DD (2018a): Negative effects of psychotherapies for adult depression: A meta-analysis of deterioration rates. *Journal of Affective Disorders* 239: 138-145. DOI: 10.1016/j.jad.2018.05.050.
- Cuijpers, P; Karyotaki, E; Reijnders, M; Huibers, MJH (2018b): Who benefits from psychotherapies for adult depression? A meta-analytic update of the evidence. *The Cognitive Behaviour Therapy* 47(2): 91-106. DOI: 10.1080/16506073.2017.1420098.
- Cuijpers, P; Reijnders, M; Huibers, MJH (2019): The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology* 15(1): 207-231. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424.
- Cuijpers, P (2019): Targets and outcomes of psychotherapies for mental disorders: an overview. *World Psychiatry* 18(3): 276-285. DOI: 10.1002/wps.20661.
- Da Costa, CP; Padoan, CS; Hauck, S; Teche, SP; Eizirik, CL (2019): What is the appropriate time to measure outcome and process factors in psychodynamic psychotherapy? *Trends in Psychiatry and Psychotherapy* 41(2): 112-120. DOI: 10.1590/2237-6089-2017-0151.
- de Felice, G; Giuliani, A; Halfon, S; Andreassi, S; Paoloni, G; Orsucci, FF (2019): The misleading Dodo Bird verdict. How much of the outcome variance is explained by common and specific factors? *New Ideas in Psychology* 54: 50-55. DOI: 10.1016/j.ncwidcapsych.2019.01.006.
- De Smet, M (2019): Opening the black box of psychotherapy outcome : A mixed methods study on patients' perspectives [Dissertation]. Ghent, BE: Ghent University, Faculty of Psychology and Educational Sciences. [unveröffentlicht; auf Nachfrage vom Autor zugesandt].
- Derogatis, LR; Melisaratos, N (1983): The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine* 13(3): 595-605. DOI: 10.1017/S0033291700048017.
- Dewar, M; Paradis, A; Fortin, CA (2020): Identifying Trajectories and Predictors of Response to Psychotherapy for Post-Traumatic Stress Disorder in Adults: A Systematic Review of Literature. *The Canadian Journal of Psychiatry* 65(2): 71-86. DOI: 10.1177/0706743719875602.

- DGBS [Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde] (2012 [2014]): S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion 1.8. [Stand:] Mai 2012, letzte Anpassung: Januar 2014. Frankfurt am Main [u. a.]: DGBS [u. a.]. URL: http://www.leitlinie-bipolar.de/wp-content/uploads/2016/07/S3_Leitlinie-Bipolar_V1_8.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- DGBS [Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2019): AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion 2.0. Update vom Februar 2019. Frankfurt am Main [u. a.]: DGBS [u. a.]. URL: http://www.leitlinie-bipolar.de/wp-content/uploads/2019/04/S3_Leitlinie-Bipolar_V2_Update_Maerz2019.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).
- DGfS [Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung] (2018): AWMF-Registernummer 138-001. S3-Leitlinie: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung [Langfassung]. Version: 1.1. Stand: 22.02.2019. Hamburg [u. a.]: DGfS [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001I_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).
- DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; DGSPJ [Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin] (2017): AWMF-Registernummer 028-045. S3-Leitlinie: Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter [Langfassung]. Berlin [u. a.]: DGKJP [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045I_S3_ADHS_2018-06.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie]; DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie] (2018): AWMF-Registernummer 051-026. S3-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Essstörungen [Langfassung]. Stand: 31.05.2018. Berlin [u. a.]: DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026I_S3_Essstoerung-Diagnostik-Therapie_2019-01.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; NVL-Programm von BÄK [Bundesärztekammer]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften] (2017): AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression [Langfassung]. 2. Auflage, 2015. Version 5. [Stand:] März 2017. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. DOI: 10.6101/AZQ/000364.

- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2020): Basisdaten. Psychische Erkrankungen. Stand: Oktober 2020. Berlin: DGPPN. URL: https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/a2e357dac62be19b5050a1d89ffd8603cfdb8ef9/20201008_Factsheet.pdf (abgerufen am: 04.01.2020).
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde], (2019): AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie [*Langfassung*]. Stand: 15.03.2019. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-009l_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).
- DPTV [Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung] (2020): Pressemitteilung: 12,5 Stunden und 505 Euro für Anschluss an Telematikinfrastruktur. [Stand:] 11.02.2020. Berlin: DPTV. URL: <https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/gesundheitspolitik/aktuelle-meldungen/news-bund/news/125-stunden-und-505-euro-fuer-anschluss-an-telematikinfrastruktur/> [Download: [pressmitteilung \(PDF\)](#)] (abgerufen am: 18.01.2021).
- Dreher, M; Dreher, E (1982): Gruppendiskussion. Kapitel 7. In: Huber, GL; Mandl, H; Hrsg.: *Verbale Daten*. Weinheim [u. a.]: Beltz, 141-164. ISBN: 978-3-40754-632-6.
- Driessen, E; Van, HL; Peen, J; Don, FJ; Twisk, JWR; Cuijpers, P; et al. (2017): Cognitive-Behavioral Versus Psychodynamic Therapy for Major Depression: Secondary Outcomes of a Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 85(7): 653-663. DOI: 10.1037/ccp0000207.
- DRV [Deutsche Rentenversicherung] (2019): Rentenversicherung in Zahlen 2019. Stand: 29.05.2019. Berlin: DRV. URL: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/rv_in_zahlen_2019.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (abgerufen am: 13.01.2020).
- Elliott, R; Bohart, AC; Watson, JC; Murphy, D (2018): Therapist Empathy and Client Outcome: An Updated Meta-Analysis. *Psychotherapy* 55(4): 399-410. DOI: 10.1037/pst0000175.
- Epping, J; de Zwaan, M; Geyer, S (2017a): Gesünder nach der Psychotherapie? Sekundärdatenanalyse der Arbeitsunfähigkeitszeiten vor und nach ambulanter Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 68: 337-345. DOI: 10.1055/s-0043-120346.
- Epping, J; Muschik, D; Geyer, S (2017b): Social inequalities in the utilization of outpatient psychotherapy: analyses of registry data from German statutory health insurance. *International Journal for Equity in Health* 16:147. DOI: 10.1186/s12939-017-0644-5.
- Equit, M; Maurer, S; Michael, T; Köllner, V (2018): Konfrontation oder Stabilisierung: Wie planen Verhaltenstherapeuten die Behandlung bei Posttraumatischer Belastungsstörung? *Verhaltenstherapie* 28(1): 7-14. DOI: 10.1159/000477418.
- Evans, C; Mellor-Clark, J; Margison, F; Barkham, M; Audin, K; Connell, J; et al. (2000): CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation. *Journal of Mental Health* 9(3): 247-255. DOI: 10.1080/jmh.9.3.247.255.

- Farber, BA; Suzuki, JY; Lynch, DA (2018): Positive Regard and Psychotherapy Outcome: A Meta-Analytic Review. *Psychotherapy* 55(4): 411-423. DOI: 10.1037/pst0000171.
- Fitch, K; Bernstein, SJ; Auguilar, MD; Burnand, B; LaCalle, JR; Lázaro, P; et al. (2001): The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Santa Monica, US-CA: RAND. URL: https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2011/MR1269.pdf (abgerufen am: 30.01.2017).
- Flückiger, C; Del Re, AC; Wampold, BE; Horvath, AO (2018): The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy* 55(4): 316-340. DOI: 10.1037/pst0000172.
- French, LR; Thomas, L; Campbell, J; Kuyken, W; Lewis, G; Williams, C; et al. (2017): Individuals' Long Term Use of Cognitive Behavioural Skills to Manage their Depression: A Qualitative Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 45(1): 46-57. DOI: 10.1017/S1352465816000382.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2015): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Abnahme des Entwurfs der Konzeptskizze der Institution nach § 137a SGB V für ein Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter. [Stand:] 17.12.2015. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2438/2015-12-17_PT-RL_Abnahme-Konzeptskizze-QS-ambul-PT.pdf (abgerufen am: 08.01.2021).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2016): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der PsychotherapieRichtlinie: Strukturreform der ambulanten Psychotherapie. [Stand:] 16.06.2016. Berlin: G-BA. BAnz AT 15.02.2017 B2. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2634/2016-06-16_2016-11-24_PT-RL_Aenderung_Strukturreform-amb-PT_konsolidiert_BAnz.pdf (abgerufen am: 08.01.2021).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Anerkennung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der systemischen Therapie als Psychotherieverfahren. [Stand:] 22.11.2018. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3588/2018-11-22_PT-RL_Nutzen-Systemische-Therapie.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Zusätzliche Regelungen für Menschen mit einer geistigen Behinderung. [Stand:] 18.10.2018. Berlin: G-BA. BAnz AT 20.12.2018 B2. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3528/2018-10-18_PT-RL_zusaetzhche-Regelung-Behinderung_BAnz.pdf (abgerufen am: 08.01.2021).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018c): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter. [Stand:] 17.05.2018. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3334/2018-05-18_IQTIG-Beauftragung_QS-Verfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).

- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2019a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Einstellung der Bewertung der anerkannten Psychotherapieverfahren der PsychotherapieRichtlinie (im Bereich der Erwachsenentherapie) gemäß §§ 92 Absatz 6a i.V.m. 135 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch [Stand:] 19.12.2019. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4108/2019-12-19_PT-RL_Einstellung-Pruefung-Verfahren.pdf (abgerufen am: 18.01.2021).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2019): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Erwachsenen. [Stand:] 22.11.2019. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4028/2019-11-22_PT-RL_Systemische-Therapie-Erwachsene_BAnz.pdf (abgerufen am: 04.02.2020).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2020a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Erweiterte Verordnungsbefugnis von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für Ergotherapie. [Stand:] 15.10.2020. Berlin: G-BA. BAnz AT 17.12.2020 B7. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4520/2020-10-15_2020-12-03_HeilM-RL_PT-Ergotherapie_konsolidiert_BAnz.pdf (abgerufen am: 08.01.2021).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2020b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Umsetzung § 92 Absatz 6a SGB V (insbesondere Förderung der Gruppentherapie und Vereinfachungen im Gutachterverfahren). [Stand:] 20.11.2020. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4564/2020-11-20_PT-RL_Gruppentherapie-Gutachterverfahren.pdf (abgerufen am: 08.01.2021).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2020c): Neue Regelungen zur Förderung der Gruppentherapie. Pressemitteilung Nr. 63/2020. [Stand:] 20.11.2020. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/34-215-913/63_2020-11-20_PT-RL_Gruppen.pdf (abgerufen am: 08.01.2021).
- Gaebel, W; Zielasek, J; Kowitz, S (2016): Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung. Eine Analyse von Sekundärdaten. *Der Nervenarzt* 87(11): 1201-1210. DOI: 10.1007/s00115-016-0168-z.
- Gargon, E; Gurung, B; Medley, N; Altman, DG; Blazeby, JM; Clarke, M; et al. (2014): Choosing Important Health Outcomes for Comparative Effectiveness Research: A Systematic Review. *PLoS ONE* 9(6): e99111. DOI: 10.1371/journal.pone.0099111.
- Gelso, CJ; Kivlighan, DM; Markin, RD (2018): The Real Relationship and Its Role in Psychotherapy Outcome: A Meta-Analysis. *Psychotherapy* 55(4): 434-444. DOI: 10.1037/pst000183.
- Gmeinwieser, S; Kuhlencord, M; Ruhl, U; Hagmayer, Y; Probst, T (2020): Early developments in general change mechanisms predict reliable improvement in addition to early symptom trajectories in cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy Research* 30(3-4): 462-473. DOI: 10.1080/10503307.2019.1609709.

- Hannich, HJ; Barz, R; Peikert, G (2019): Gründe für das Nichtzustandekommen von Psychotherapien. *Psychotherapeut* 64(2): 153-158. DOI: 10.1007/s00278-019-0337-1.
- Heinonen, E; Nissen-Lie, HA (2020): The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: a systematic review. *Psychotherapy Research* 30(3-4): 417-432. DOI: 10.1080/10503307.2019.1620366.
- Henkel, M; Zimmermann, J; Huber, D; Staats, H; Wiegand-Grefe, S; Taubner, S; et al. (2019): Patient Characteristics in Psychodynamic Psychotherapies. *Psychoanalytic Psychology* 36(1): 1-8. DOI: 10.1037/pap0000165.
- Hill, CE; Chui, H; Baumann, E (2013): Revisiting and Reenvisioning the Outcome Problem in Psychotherapy: An Argument to Include Individualized and Qualitative Measurement. *Psychotherapy* 50(1): 68-76. DOI: 10.1037/a0030571.
- Holsti, OR (1969): Introduction of Part II. In: Gerbner, G; Holsti, OR; Krippendorff, K; Paisley, WJ; Stone, PJ; Hrsg.: *The Analysis of Communication Content: Developments in Scientific Theories and Computer Techniques*. New York, US-NY: Wiley, 109-121. ISBN: 978-0-471-29660-7.
- Hölzel, LP; Härter, M; Hüll, M (2017): Multiprofessionelle ambulante psychosoziale Therapie älterer Patienten mit psychischen Störungen. *Der Nervenarzt* 88(11): 1227-1233. DOI: 10.1007/s00115-017-0407-y.
- Huber, D; Zimmermann, J; Klug, G (2017): Change in Personality Functioning During Psychotherapy for Depression Predicts Long-Term Outcome. *Psychoanalytic Psychology* 34(4): 434-445. DOI: 10.1037/pap0000129.
- Huibers, MJH; Cohen, ZD; Lemmens, LHM; Arntz, A; Peeters, FPML; Cuijpers, P; et al. (2015): Predicting Optimal Outcomes in Cognitive Therapy or Interpersonal Psychotherapy for Depressed Individuals Using the Personalized Advantage Index Approach. *PLoS ONE* 10(11): e0140771. DOI: 10.1371/journal.pone.0140771.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017): Methodische Grundlagen V1.0. Stand: 15.09.2017. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.0.pdf (abgerufen am: 26.02.2018).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019b): Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf (abgerufen am: 24.06.2019).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019c): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Anhang zum Zwischenbericht. Stand: 28.02.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_QS-Verfahren-zur-ambulanten-Psychotherapie_Zwischenbericht-Anhang_2019-02-28.pdf (abgerufen am: 12.02.2021).

- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019d): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter. Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell. Stand: 28.02.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_QS-Verfahren-zur-ambulanten-Psychotherapie_Zwischenbericht_2019-02-28-barrierefrei.pdf (abgerufen am: 12.02.2021).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020): Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter. Zwischenbericht. Stand: 02.03.2020. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].
- Jacobi, F; Höfler, M; Strehle, J; Mack, S; Gerschler, A; Scholl, L; et al. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt* 85(1): 77-87. DOI: 10.1007/s00115-013-3961-y.
- Jacobi, F; Höfler, M; Strehle, J; Mack, S; Gerschler, A; Scholl, L; et al. (2016): Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 87(1): 88-90. DOI: 10.1007/s00115-015-4458-7.
- Janssen, L; de Vries, AM; Hepark, S; Speckens, AEM (2020): The Feasibility, Effectiveness, and Process of Change of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Adults With ADHD: A Mixed-Method Pilot Study. *Journal of Attention Disorders* 24(6): 928-942. DOI: 10.1177/1087054717727350.
- Jobst, A; Brakemeier, E-L; Buchheim, A; Caspar, F; Cuijpers, P; Ebmeier, KP; et al. (2016): European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe. *European Psychiatry* 33: 18-36. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.12.003.
- Kahlon, S; Neal, A; Patterson, TG (2014): Experiences of cognitive behavioural therapy formulation in clients with depression. *The Cognitive Behaviour Therapist* 7(e8). DOI: 10.1017/S1754470X14000075.
- Kammerer, K; Falk, K; Heintze, C; Döpfmer, S; Heusinger, J (2019): Hindernisse und Voraussetzungen für die Vermittlung älterer, depressiv erkrankter Menschen in Psychotherapie aus Sicht von HausärztInnen. *Das Gesundheitswesen* 81: 58-62. DOI: 10.1055/s-0042-116589.
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Krankenkassen] (2017): Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung). Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä). [Stand:] 09.05.2017. In Krafttreten am 01.07.2017. Berlin: KBV [u. a.]. URL: https://www.kbv.de/media/sp/01_Psychotherapie_Aerzte.pdf (abgerufen am: 27.11.2018).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2019a): Gesundheitsdaten. Unterstützung bei der Terminsuche beim Facharzt. Berlin: KBV. URL: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/35781.php> (abgerufen am: 16.12.2019).

- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2019b): Gutachtenstatistik 2018. [Stand:] Dezember 2019. Berlin: KBV. URL: https://www.kbv.de/media/sp/2019_12_11_PT_Gutachtenstatistik_2018.pdf (abgerufen am: 10.02.2020).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2020a): Gutachtenstatistik 2019. [Stand:] Dezember 2020. Berlin: KBV. URL: https://www.kbv.de/media/sp/2020_12_15_Gutachtenstatistik_2019_final.pdf (abgerufen am: 08.01.2021).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2020b): Psychotherapeuten können ab Januar 2021 Ergotherapie verordnen. Hinweis für die Praxis. Stand: Dezember 2020. (KBV PraxisInfo Ergotherapie). Berlin: KBV. URL: https://www.kbv.de/media/sp/Praxisinformation_Ergotherapie.pdf (abgerufen am: 18.01.2021).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2020c): Richtlinie KV-Safenet [KBV_SNK_RLEX_KV-SAFENET]. Version 3.3. [Stand:] 15.05.2020. Berlin: KBV. URL: https://www.kbv.de/media/sp/KBV_SNK_RLEX_KV-SafeNet_V3_3_20200515.pdf (abgerufen am: 18.01.2021).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2021a): Kommunikationsdienste. Stand: 27.08.2020. Berlin: KBV. URL: <https://www.kbv.de/html/kim.php> (abgerufen am: 18.01.2021).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2021b): KV-Connect. Berlin: KBV. URL: <https://www.kbv.de/html/35946.php> (abgerufen am: 18.01.2021).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2021c): Praxisnachrichten: Neue Formulare und Zusatzziffern für die Abrechnung - Neuerungen in der Psychotherapie ab Juli. Berlin: KBV. URL: https://www.kbv.de/html/1150_45852.php.
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2021d): Praxisnachrichten: Systemische Therapie startet am 1. Juli: Vergütung festgelegt. Berlin: KBV. URL: https://www.kbv.de/html/1150_46599.php (abgerufen am: 16.03.2021).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2021e): Sicheres Netz. Berlin: KBV. URL: <https://www.kbv.de/html/kv-safenet.php> (abgerufen am: 18.01.2021).
- Kolovos, S; Kleiboer, A; Cuijpers, P (2016): Effect of psychotherapy for depression on quality of life: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 209(6): 460-468. DOI: 10.1192/bjp.bp.115.175059.
- Krebs, P; Norcross, JC; Nicholson, JM; Prochaska, JO (2018): Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology* 74(11): 1964-1979. DOI: 10.1002/jclp.22683.
- Krueger, RA; Casey, MA (2015): Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research. 5th Edition. Thousand Oaks, US-CA: Sage. ISBN: 978-1-4833-6524-4.
- Lambert, MJ; Burlingame, GM; Umphress, V; Hansen, NB; Vermeersch, DA; Clouse, GC; et al. (1996): The Reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 3(4): 249-258. DOI: 10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S.

- Lambert, MJ; Hannöver, W; Nisslmüller, K; Richard, M; Kordy, H (2002): Fragebogen zum Ergebnis von Psychotherapie: Zur Reliabilität und Validität der deutschen Übersetzung des Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 31(1): 40-47. DOI: 10.1026/0084-5345.31.1.40.
- Lambert, MJ; Whipple, JL; Kleinstäuber, M (2018): Collecting and Delivering Progress Feedback: A Meta-Analysis of Routine Outcome Monitoring. *Psychotherapy* 55(4): 520-537. DOI: 10.1037/pst0000167.
- Lamnek, S; Krell, C (2016): Qualitative Sozialforschung: Mit Online-Materialien. 6., überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz. ISBN: 978-3-621-28269-7.
- Lavik, KO; Frøysa, H; Brattebø, KF; McLeod, J; Moltu, C (2018): The First Sessions of Psychotherapy: A Qualitative Meta-Analysis of Alliance Formation Processes. *Journal of Psychotherapy Integration* 28(3): 348-366. DOI: 10.1037/int0000101.
- Laws, KR; Darlington, N; Kondel, TK; McKenna, PJ; Jauhar, S (2018): Cognitive Behavioural Therapy for schizophrenia - outcomes for functioning, distress and quality of life: a meta-analysis. *BMC: Psychology* 6:32. DOI: 10.1186/s40359-018-0243-2.
- Levitt, HM; Pomerville, A; Surace, FI (2016): A Qualitative Meta-Analysis Examining Clients' Experiences of Psychotherapy: A New Agenda. *Psychological Bulletin* 142(8): 801-830. DOI: 10.1037/bul0000057.
- Levy, KN; Kivity, Y; Johnson, BN; Gooch, CV (2018): Adult attachment as a predictor and moderator of psychotherapy outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology* 74(11): 1996-2013. DOI: 10.1002/jclp.22685.
- Liebner, M (2019): Das Kostenerstattungsverfahren – eine psychotherapeutische Parallelwelt? *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 24(2): 86-94. DOI: 10.1055/a-0601-0568.
- Linardon, J; Brennan, L (2017): The effects of cognitive-behavioral therapy for eating disorders on quality of life: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders* 50(7): 715-730. DOI: 10.1002/eat.22719.
- Lincoln, T; Pedersen, A; Hahlweg, K; Wiedl, KH; Frantz, I (2019): Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen. (Evidenzbasierte Leitlinien Psychotherapie, Band 5). Göttingen: Hogrefe. ISBN: 978-3-8017-2883-0.
- Lowe, C; Murray, C (2014): Adult Service-Users' Experiences of Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 44(4): 223-231. DOI: 10.1007/s10879-014-9272-1.
- Lutz, W; Neu, R; Rubel, JA (2019): Evaluation und Effekterfassung in der Psychotherapie. (Standards der Psychotherapie, Band 5). Göttingen: Hogrefe. ISBN: 978-3-8017-2912-7.
- Mack, S; Jacobi, F; Gerschler, A; Strehle, J; Höfler, M; Busch, MA; et al. (2014): Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 23(3): 289-303. DOI: 10.1002/mpr.1438.

- Multmeier, J (2014): Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Deutschland – eine Kohortenbetrachtung der KBV. *Projekt Psychotherapie 2*: 12-23.
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2006 [2014]): NICE Clinical Guideline CG31. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 1-85433-430-1. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31/evidence/full-guideline-pdf-194883373> (abgerufen am: 11.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2010 [2018]): NICE Clinical Guideline CG90. Depression. The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition) [*Full Guideline*]. [Stand:] April 2018. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-904671-85-5. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guideline-pdf-4840934509> (abgerufen am: 09.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2018]-a): NICE Clinical Guideline CG113. Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary, and Community Care [*Full Guideline*]. Last Updated: Juni 2018. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-904671-42-8. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/evidence/anxiety-full-guidance-pdf-136340461> (abgerufen am: 11.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2018]-b): NICE Clinical Guideline CG123. Common Mental Health Disorders. Identification and Pathways to Care [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-31-4. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123/evidence/full-guideline-pdf-181771741> (abgerufen am: 11.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2012 [2016]): NICE Clinical Guideline CG133. Self-Harm: Longer-Term Management [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-41-3. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg133/evidence/full-guideline-pdf-184901581> (abgerufen am: 11.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2013 [2017]): NICE Clinical Guideline CG159. Social Anxiety Disorder. Recognition, Assessment and Treatment [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-909726-03-1. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159/evidence/full-guideline-pdf-189895069> (abgerufen am: 11.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2014 [2018]): NICE Clinical Guideline CG185. Bipolar Disorder. The assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care. Updated Edition [*Full Guideline*]. Last Updated: April 2018. London, GB: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/evidence/full-guideline-pdf-4840895629> (abgerufen am: 09.07.2018).

- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2019): NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder [*Guidance*]. Published: 05.12.2018, © NICE 2019. London, GB: NICE. ISBN: 978-1-4731-3181-1. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/resources/posttraumatic-stress-disorder-pdf-66141601777861> (abgerufen am: 03.02.2020).
- Prinsen, CAC; Vohra, S; Rose, MR; Boers, M; Tugwell, P; Clarke, M; et al. (2016): How to select outcome measurement instruments for outcomes included in a "Core Outcome Set" — a practical guideline *Trials* 17:449. DOI: 10.1186/s13063-016-1555-2.
- Qaseem, A; Barry, MJ; Kansagara, D (2016): Nonpharmacologic Versus Pharmacologic Treatment of Adult Patients With Major Depressive Disorder: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine* 164(5): 350-359. DOI: 10.7326/M15-2570
- Riemann, D; Baum, E; Cohrs, S; Crönlein, T; Hajak, G; Hertenstein, E; et al. (2017): AWMF-Registernummer 063-003. S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“, Update 2016 [*Langfassung*]. Version 2.0. [Stand:] Dezember 2017. Schwalmstadt-Treysa: DGSM [Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/063-003I_S3_Insomnie-Erwachsene_2018-02.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- RKI [Robert Koch-Institut]; Hrsg. (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. [Stand:] November 2015. Berlin: RKI. DOI: 10.17886/rkipubl-2015-003.
- Rubel, JA; Zimmermann, D; Müller, V; Lutz, W (2017): Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 67(9-10): 436-448. DOI: 10.1055/s-0043-103272.
- Rush, AJ; Kraemer, HC; Sackeim, HA; Fava, M; Trivedi, MH; Frank, E; et al. (2006): Report by the ACNP Task Force on Response and Remission in Major Depressive Disorder. *Neuropsychopharmacology* 31(9): 1841-1853. DOI: 10.1038/sj.npp.1301131.
- Sandell, R (2015): Rating the outcomes of psychotherapy or psychoanalysis using the Change After Psychotherapy (CHAP) scales. Manual and Commentary. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome* 18(2): 32-49. DOI: 10.7411/RP.2015.111.
- Schawohl, A; Odenwald, M (2018): Häufigkeit und Risikofaktoren des Therapieabbruchs in einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz: Der Einfluss von riskantem Alkoholkonsum zu Therapiebeginn. *Verhaltenstherapie* 28(4): 222-228. DOI: 10.1159/000492086.
- Scholten, S; Velten, J; Kintscher, M; Pataki, A; Margraf, J (2018): Beschwerden über Psychotherapie und ihre Auswirkungen auf Patienten und Patientinnen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 68(09-10): 423-427. DOI: 10.1055/a-0597-5073.
- Schulz, H; Harfst, T; Andreas, S; Kawski, S; Koch, U; Rabung, S (2009): Zusammenhang zwischen Patienten- und Therapeuteneinschätzungen der Ergebnisqualität in der Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Erkrankungen am Beispiel des SF-8. *Die Rehabilitation* 48(5): 270-276. DOI: 10.1055/s-0029-1239549.

- Shattock, L; Berry, K; Degnan, A; Edge, D (2018): Therapeutic alliance in psychological therapy for people with schizophrenia and related psychoses: A systematic review. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 25(1): e60-e85. DOI: 10.1002/cpp.2135.
- SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2012 [2018]): SIGN National Clinical Guideline 127. Management of perinatal mood disorders. [Stand:] March 2012 [2018]. Edinburgh, GB: SIGN. ISBN: 978-1-905813-86-5. URL: http://www.sign.ac.uk/assets/sign127_update.pdf (abgerufen am: 11.07.2018).
- Statista (2020): Durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitsdauer aufgrund von psychischen Erkrankungen im Zeitraum von 2006 bis 2019 (AU-Tage je Fall). [Stand:] 24.11.2020. Hamburg: Statista. URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/845/umfrage/dauer-von-arbeitsunfaehigkeit-aufgrund-von-psychischen-erkrankungen/#:~:text=Durchschnittliche%20Arbeitsunf%C3%A4higkeitsdauer%20aufgrund%20von%20psychischen%20Erkrankungen%202019&text=Im%20Jahr%202019%20dauerte%20eine,in%20Deutschland%2035%2C4%20Tage> (abgerufen am: 11.01.2021).
- Strauß, B (2015): Chancenungleichheit auf der Suche nach einem Therapieplatz. Schlussfolgerungen für die zukünftigen Aufgaben der Psychotherapieforschung. *Psychotherapeut* 60(5): 389-396. DOI: 10.1007/s00278-015-0044-5.
- SVR-Gesundheit [Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen] (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. Bonn: SVR-Gesundheit. URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf (abgerufen am: 20.02.2019).
- Tasca, GA; Angus, L; Bonli, R; Drapeau, M; Fitzpatrick, M; Hunsley, J; et al. (2019): Outcome and Progress Monitoring in Psychotherapy: Report of a Canadian Psychological Association Task Force. *Canadian Psychology* 60(3): 165-177. DOI: 10.1037/cap0000181.
- VA/DoD [U. S. Department of Veterans Affairs]/[Department of Veterans Affairs Department of Defense] (2016): VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Major Depressive Disorder. Version 3.0. Washington, US-DC: VA/DoD. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/mdd/VADoDMDDCPFINAL82916.pdf> (abgerufen am: 12.07.2018).
- VA/DoD [U.S. Department of Veterans Affairs]/[Department of Veterans Affairs Department of Defense] (2017): VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Version 3.0. [Stand:] June 2017. Washington, US-DC: VA/DoD. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPG-Final.pdf> (abgerufen am: 11.07.2018).
- Walenzik, A; Rabe-Menssen, C; Lux, G; Wasem, J; Jahn, R (2014): Zur Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie – Ergebnisse einer Erhebung unter den Mitgliedern der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV). *Das Gesundheitswesen* 76(3): 135-146. DOI: 10.1055/s-0033-1343444.

- Wiegand, HF; Sievers, C; Schillinger, M; Godemann, F (2016): Major depression treatment in Germany-descriptive analysis of health insurance fund routine data and assessment of guideline-adherence. *Journal of Affective Disorders* 189: 246-253. DOI: 10.1016/j.jad.2015.09.013.
- Windle, E; Tee, H; Sabitova, A; Jovanovic, N; Priebe, S; Carr, C (2020): Association of Patient Treatment Preference With Dropout and Clinical Outcomes in Adult Psychosocial Mental Health Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA: Psychiatry* 77(3): 294-302. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.3750.
- Wittmann, WW; Lutz, W; Steffanowski, A; Kriz, D; Glahn, EM; Völkle, MC; et al. (2011): Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse – Abschlussbericht. Hamburg: Techniker Krankenkasse. ISBN: 978-3-00-035022-1. URL: <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/342002/Datei/1226/TK-Abschlussbericht2011-Qualitaetsmonitoring-in-der-Psychotherapie.pdf> (abgerufen am: 09.01.2019).
- Wojnarowski, C; Firth, N; Finegan, M; Delgadillo, J (2019): Predictors of depression relapse and recurrence after cognitive behavioural therapy: a systematic review and meta-analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 47(5): 514-529. DOI: 10.1017/S1352465819000080.
- Zimmermann, D; Rubel, J; Page, AC; Lutz, W (2017): Therapist Effects on and Predictors of Non-Consensual Dropout in Psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 24(2): 312-321. DOI: 10.1002/cpp.2022.