



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# **Überarbeitung des einrichtungs- übergreifenden Qualitätssicherungs- verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter**

Stellungnahmen zum Ergebnisbericht (Vorbericht)  
zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 31. Oktober 2022

---

# Impressum

**Thema:** Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter. Stellungnahmen zum Ergebnisbericht (Vorbericht) zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie

**Ansprechpartnerin/Ansprechpartner:**

Prof. Dr. Jürgen Pauletzki, Fanny Schoeler-Rädke

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

17. Juni 2021

**Datum der Abgabe:**

31. Oktober 2022

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

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

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

<https://www.iqtig.org>

# Verzeichnis der eingegangenen Stellungnahmen

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

- Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie e. V. (BPM)
- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM)
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (DGSPJ)
- Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. (DGFS)
- Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK)
- Patientenvertretung: Maßgebliche Organisationen nach § 140f SGB V (PatV)
- Robert Koch-Institut (RKI)
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband, GKV-SV)
- Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im BDP e. V. (VPP)

## Stellungnahmen der Mitglieder des Expertengremiums

- Dr. Anne Dormann (STN Expertin/Experte)
- Dr. Brigitte Gemeinhardt (STN Expertin/Experte)
- Dr. Heribert Knott (STN Expertin/Experte)
- Prof. Dr. Michael Linden (STN Expertin/Experte)
- Dr. Daniel Weimer (STN Expertin/Experte)

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

**IQTIG**

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

**Vorsitzende**

Dr. Irmgard Pfaffinger  
Fachärztin für Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie - Psychoanalyse

**Stellvertretende Vorsitzende**

Dr. Norbert Hartkamp  
Facharzt für Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie - Psychoanalyse

Dr. Rüdiger Behnisch  
Facharzt für Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie

20. August 2022

**Stellungnahme zum Vorbericht des IQTIG „Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter - Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie“**

**Schatzmeisterin**

Dr. Elke Geng  
Fachärztin für Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie

**Geschäftsführerin**

Dr. Birgit Mirwald-Schulz

**Wissenschaftliche Beraterin**

PD Dr. Cora S. Weber  
Fachärztin für Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie und Innere Medizin  
Oberhavel Kliniken GmbH, Klinik Hennigsdorf  
Abt. Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie

der Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (BPM) bedankt sich für die Möglichkeit, im Rahmen des Beteiligungsverfahrens zum Vorbericht Stellung nehmen zu dürfen.

Den im Vorbericht gegebenen Empfehlungen können wir ausdrücklich zustimmen.

Im Einzelnen stimmt der BPM der Einschätzung des IQTIG (S. 77 des Vorberichts) zu, dass die Qualität von systemischer Therapie ebenso wie die der anderen einzeltherapeutischen Verfahren der Richtlinienpsychotherapie mit den vorhandenen Indikatoren (Kapitel 1.3) abbildbar ist.

Der BPM stimmt auch der Empfehlung des IQTIG zu (S. 4 und S. 77 des Vorberichts), dass das Indikatorenset nicht auf die ambulante Gruppenpsychotherapie (inkl. Kombinationstherapie) anzuwenden ist. Mit Bedauern nehmen wir dabei zur Kenntnis, dass die methodisch gründliche und umfassende systematische Literaturrecherche des IQTIG zu dem Ergebnis kam, dass der Forschungsstand im Bereich der

info@bpm-ev.de  
www.bpm-ev.de

**Bankverbindung**

Deutsche Apotheker- und Ärztekasse Hamburg  
IBAN DE76 3006 0601 0004 2289 60  
BIC DAAEED33XXX

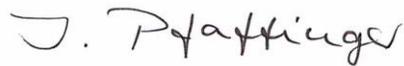
Versorgungssituation sowie zu den Wirkfaktoren der ambulanten Gruppenpsychotherapie so mangelhaft ist, dass eine Empfehlung zur Anwendung von Qualitätsindikatoren nicht gegeben werden kann.

Wir stimmen auch der Empfehlung des IQTIG (S. 83 des Vorberichts) zu, dass die Kombinationstherapie, die von zwei unterschiedlichen Leistungserbringern erbracht wird, aus dem QS-Verfahren ausgeschlossen werden sollte, da insbesondere das Kriterium der „Verantwortungszuschreibung“ hier nicht erfüllbar erscheint.

Wie verbinden unsere Zustimmung zu den Empfehlungen des IQTIG mit dem Appell an den Auftraggeber des Berichts, dazu beizutragen, dass die im Vorbericht aufgezeigten Forschungsdefizite baldmöglichst ausgeräumt werden.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüße

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Pfaffinger'. The signature is written in a cursive, slightly slanted style.

Dr. med. Irmgard Pfaffinger  
Vorsitzende



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

zum Vorbericht des IQTIG „Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie“

Berlin, 05.09.2022

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit E-Mail vom 25.07.2022 als zu beteiligende Organisation gemäß § 137a Absatz 7 SGB V vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu einer Stellungnahme zum Vorbericht des IQTIG „Überarbeitung des QS-Verfahrens zur ambulanten Psychotherapie. Ergebnisbericht zur Gruppentherapie“ aufgefordert.

Die Bundesärztekammer nimmt zu dem Bericht wie folgt Stellung:

## Hintergrund

Gemäß § 136a Absatz 2a SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss bis spätestens zum 31. Dezember 2022 in einer Richtlinie ein einrichtungsübergreifendes sektorspezifisches Qualitätssicherungsverfahren für die ambulante psychotherapeutische Versorgung zu beschließen. Er hat dabei auch „Mindestvorgaben für eine einheitliche und standardisierte Dokumentation, die insbesondere eine Beurteilung des Therapieverlaufs ermöglicht, festzulegen“. Die Beauftragung des IQTIG durch den G-BA ist in diesem Kontext zu sehen. Unter nicht unerheblichem Zeitdruck soll die DeQS-RL daher um ein QS-Verfahren der ambulanten Psychotherapie ergänzt werden.

Das IQTIG hat im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ein Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung entwickelt. Der Abschlussbericht wurde am 14. Juni 2021 vorgelegt. Die Bundesärztekammer hatte zum entsprechenden Vorbericht bereits am 30. April 2021 Stellung genommen.

Der Vorschlag des Instituts umfasst die in der vom G-BA beschlossenen Psychotherapie-Richtlinie geregelten Verfahren der Erwachsenenpsychotherapie (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie). Auftragsgemäß soll das QS-Verfahren diagnose- und therapieverfahrensunabhängig sein.

Am 17. Juni 2021 wurde das IQTIG vom G-BA mit einem zweigeteilten Folgeprojekt beauftragt. Im ersten Teil sollte das Institut das Qualitätsindikatorenset um Indikatoren zur Strukturqualität erweitern. Das IQTIG riet in seinem Bericht vom 31. Mai 2022 von einer solchen Erweiterung ab, da einerseits die in den einschlägigen normativen Vorgaben aufgeführten Regelungen zur Strukturqualität bereits umfassend sind und diversen Nachweispflichten unterliegen, und andererseits das zentrale Feld einer strukturellen Verbesserung der Versorgung mit ambulanter Psychotherapie, nämlich der Zugang zur ambulanten Psychotherapie, nicht mit den Möglichkeiten der gesetzlichen externen Qualitätssicherung adressierbar ist.

Ziel des zweiten, im aktuellen Bericht bearbeiteten Beauftragungsteils war es, die entwickelten Qualitätsindikatoren auf ihre Übertragbarkeit auf die Gruppen- und Systemische Therapie zu überprüfen und ggf. weiterzuentwickeln. Da Gruppen- und die Kombinationstherapie auch gemeinsam von mehreren Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen erbracht werden können, ist die Zuschreibbarkeit der QS-Ergebnisse zu einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin zu überprüfen. Zudem soll die Eignung von Sozialdaten bei den Krankenkassen als Datenquelle für das QS-Verfahren eruiert werden.

## Inhalt des Vorberichts

### Teil I: Einleitung und methodisches Vorgehen

#### 1 Einleitung

Einleitend werden Zahlen aus der Gesundheitsdatenstatistik der KBV zur psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich versicherter Patienten in Deutschland aufgeführt. Ca. 1,6 Millionen Patientinnen und Patienten verteilten sich im Jahre 2021 auf 6.173 ärztliche und 31.308 psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten.

Das Institut rekapituliert die Historie der Verfahrensentwicklung. Es weist darauf hin, dass die Systemische Therapie im Jahre 2018 während der Entwicklung des QS-Verfahrens als weiteres Psychotherapieverfahren in die Psychotherapie-Richtlinie des G-BA aufgenommen worden war. Bereits damals war vom Expertengremium des Instituts die grundsätzliche Eignung der Qualitätsindikatoren des entwickelten Qualitätsmodells auch für die Systemische Therapie festgestellt worden. Die Einbeziehung in das QS-Verfahren war daher vom Institut im Abschlussbericht empfohlen worden. Insofern beinhaltet der aktuelle Bericht eine Aktualisierung dieser Einschätzung, u. a. durch eine dezidierte Literaturrecherche.

Im Folgenden wird das vom IQTIG entwickelte Qualitätsmodell zum QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie noch einmal kurz vorgestellt. Für sechs der zwölf Qualitätsaspekte („Diagnostik“, „Therapiezielvereinbarung“, „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“, „Kooperation“, „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“ und „Outcome“) ist die fallbezogene QS-Dokumentation als Datenquelle vorgesehen. Daraus wurden neun Prozessindikatoren abgeleitet.

Es folgen einige grundlegenden Ausführungen zur Systemischen Therapie. Diese relativ neue Psychotherapieform ist erst mit dem Beschluss des G-BA vom 22. November 2019 als weiteres anerkanntes Verfahren in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen worden. Alle als Behandlungsformen anerkannten Psychotherapieverfahren nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie können auch als Gruppentherapie oder aus einer Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie durchgeführt werden.

#### *Kommentar der Bundesärztekammer*

Der Überblick über die Vorgeschichte der QS-Verfahrensentwicklung Ambulante Psychotherapie ist sehr hilfreich, um den vorliegenden Bericht zum Teilauftrag in seinen Kontext einordnen zu können. Die Angaben zum Auftragsverständnis und zur geplanten Vorgehensweise sind gut nachvollziehbar.

Durch Zitation von Zahlen aus der Statistik der KBV zu ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten wird allerdings ausgeblendet, dass gerade in der Psychotherapie die Zählweise nach Personen anstatt nach Vollzeitäquivalenten wenig aufschlussreich ist und einen falschen Eindruck vom tatsächlichen Versorgungsumfang vermitteln kann. So ist etwa bei den psychologischen Psychotherapeuten der Anteil einer Teilzeittätigkeit sehr hoch.

#### 2 Methodisches Vorgehen

Details der systematischen Leitlinien- und Literaturrecherche zur Systemischen Therapie bzw. zur Gruppen- und Kombinationstherapie werden beschrieben. Ergänzt durch den Recherchebericht im Anhang werden Fragestellungen und Vorgehensweise beschrieben. Da die erst im Jahre 2020 in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommenen Therapieformen noch nicht ausreichend in den Abrechnungsdaten der Krankenkassen repräsentiert sind, wurde auf eine erneute Kassendatenanalyse verzichtet.

Erneut wurde ein Expertengremium mit insgesamt 21 Expertinnen und Experten sowie Patientenvertretern einberufen, welches die Fragestellungen in zwei Sitzungen erörterte.

#### *Kommentar der Bundesärztekammer*

Die methodische Vorgehensweise des Instituts ist wie gewohnt sehr strukturiert und transparent dargestellt. Dass keine erneute Patientenfokusgruppe zur Thematik eingesetzt wurde, könnte kurz begründet werden.

## **Teil II: Ergebnisse und Empfehlungen**

### **3 Versorgungspraxis**

Der Regelungsinhalt der Paragraphen 11a, 12, 15 bis 18, 21, 22 und 28 bis 30 der Psychotherapie-Richtlinie wird wiedergegeben. Der Schwerpunkt wird dabei auf die neuen Elemente der Richtlinie in Form der Gruppentherapie (als Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, als probatorische Sitzung im Gruppensetting oder als Anwendungsform nach § 21 der Richtlinie) bzw. der Systemischen Therapie gelegt.

Vervollständigt wird die Darstellung durch die Ablaufgrafik eines Behandlungspfads, in welcher die Optionen der Gruppentherapie mit abgebildet werden, sowie einen Auszug aus den Ergebnisdaten des Innovationsfondsprojekt „BARGRU – Barrieren bei GruppenpsychotherapeutInnen gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie zu Lasten der GKV“. In diesem Projekt wurden gruppentherapeutisch tätige Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befragt. Anhand der Abrechnungsdaten der KBV aus den Jahren 2016 bis 2018 ist eine deutliche Dominanz einzeltherapeutischer Interventionen mit 60 % aller abgerechneten Leistungen im Jahr 2018 ersichtlich, bei lediglich 3% Gruppentherapie. Bei dem o.g. Befragungsprojekt rechneten nur 7 % der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Gruppentherapien ab.

#### **3.2 Ablauf der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung**

„Zu Beginn der ambulanten Psychotherapie begeben sich Patientinnen oder Patienten, die entweder eigeninitiativ oder auf Anraten der Hausärztin bzw. des Hausarztes oder der niedergelassenen Psychiaterin bzw. des Psychiaters eine Psychotherapeutin bzw. einen Psychotherapeuten aufsuchen, in die psychotherapeutische Sprechstunde“

#### *Kommentar der Bundesärztekammer*

Der Zugang findet seltener über eine fachärztliche Überweisung statt, wie z.B. über Fachärzte für Allgemeinmedizin oder Psychiatrie. Der Patient/die Patientin hat in der Regel Direkt-Zugang; damit wird die Therapiepflichtigkeit meist vom Erstversorger über die psychotherapeutische Sprechstunde bestimmt.

### **4 Ergebnisse der Leitlinien- und Literaturrecherche**

#### **4.1 Ergebnisse der systematischen Leitlinienrecherche**

Die Leitlinienrecherche ergab vier nationale und neun internationale einschlägige Leitlinien. Elfmal lagen Empfehlungen zur Gruppentherapie, einmal zur Kombination von Einzel- und Gruppentherapie sowie dreimal zur Systemischen Therapie vor. Die extrahierten Empfehlungen werden im Weiteren vorgestellt. So zeigte sich, dass bei unterschiedlichen Indikationen zur Psychotherapie die Gruppentherapie als gleichwertig oder nahezu gleichwertig zur Einzeltherapie gesehen wird.

Zur Systemischen Therapie lagen Empfehlungen aus zwei nationalen und einer internationalen Leitlinie vor, jeweils mit niedrigem Empfehlungsgrad.

Die Kombinationstherapie wird lediglich in der deutschen Leitlinie zu Angststörungen als Alternative empfohlen.

#### *Kommentar der Bundesärztekammer*

In Verbindung mit der tabellarischen Darstellung der Leitlinien und der extrahierten Empfehlungen in Anhang A.2 wird im Bericht ein guter Überblick gegeben über die Evidenz und die Empfehlungsstärke zum Einsatz von Gruppentherapie, Kombinationstherapie und Systemischer Therapie. Wie bereits zuvor im Hauptbericht dargestellt wurde, handelt es sich – da Leitlinien diagnosespezifisch sind - bei den Empfehlungen zu den Therapieformen jeweils nur um Empfehlungen zu einzelnen Krankheitsbildern, nicht aber zur ambulanten Psychotherapie im Allgemeinen.

## **4.2 Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche**

In der aktualisierten Literaturrecherche wurden zur Patientenperspektive zehn internationale Artikel extrahiert zu diagnosespezifischen und teils diagnoseübergreifenden Studien. Es handelte sich um qualitative Studien mit überwiegend geringer Fallzahl. Einige in den Studien berichteten positiven und negativen Erfahrungen von Patientinnen und Patienten aus ihrer Teilnahme an einer Gruppentherapie – in Anwesenheit oder online - werden wiedergegeben.

Im Themenblock „Über-, Unter-, Fehlversorgung ließ sich nach Auskunft des Instituts in der systematischen Literaturrecherche keine Studie extrahieren bezogen auf die ambulante Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationstherapie) bzw. in der Systemischen Therapie. Gleiches gilt für den Themenblock „Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen“.

## **4.3 Orientierende Recherche**

Besondere ausführlich Erwähnung findet die BARGRU-Studie (Christoffer et al. 2021), in der Barrieren bei Gruppenpsychotherapeutinnen und -therapeuten gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie untersucht wurden. Dazu wurden u. a. Versorgungsdaten der KBV zu abgerechneten Leistungen der ambulanten gruppenpsychotherapeutischen Versorgung aus den Jahren 2016 bis 2018 untersucht. Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die an mindestens einer Gruppentherapiesitzung teilnahmen, war sehr gering. Die Verhaltenstherapie machte den größten Anteil an gruppentherapeutischen Sitzungen aus.

Die Ergebnisse einer gleichzeitig durchgeführten Befragung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in dieser Studie werden im Folgenden ausführlich wiedergegeben. Gefragt wurde u. a. nach inhaltlichen und organisatorischen Barrieren.

In einer Fokusgruppe wurden gemäß der Studie Vorschläge zur Förderung der Gruppentherapie in der Versorgungspraxis erarbeitet inklusive Qualitätssicherung, organisatorischen und Abrechnungsaspekten, Öffentlichkeitsarbeit und Fortbildung.

Eine Folge-Studie (BARGRU II) soll die Situation nach Aufnahme der Gruppenpsychotherapie in die Psychotherapie-Richtlinie analysieren.

#### *Kommentar der Bundesärztekammer*

Die Wiedergabe der Befragungsergebnisse der Studie nimmt fast 14 Seiten im IQTIG-Bericht ein. Auch wenn es nach vollziehbar ist, dass die Ergebnisse dieser Studie für die Fragestellung am bedeutsamsten sind, so erscheint dies zu ausführlich. Eine Beschränkung auf die Kernaussagen der Studie wäre hilfreich.

„Eine bereits während der stationären (psychiatrischen) Behandlung stattfindende Anbahnung...“ (Seite 68)

*Kommentar der Bundesärztekammer*

Die Klammersetzung sollte erweitert werden. Auch eine psychosomatische Behandlung kann zuvor stationär stattgefunden haben.

#### **4.4 Erkenntnisse aus der Leitlinienrecherche, der systematischen sowie der orientierenden Literaturrecherche für das Qualitätsmodell**

Das IQTIG kommt als Ergebnis der Literatur- und Leitlinienrecherche zu dem Schluss, dass sich kein Hinweis auf eine mögliche Kontraindikation der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationstherapie) und der Systemischen Therapie finden ließ.

*Kommentar der Bundesärztekammer*

Die Schlussfolgerung ist nachvollziehbar. Mit der BARGRU-Studie liegen für die Gruppentherapie aktuelle und repräsentative Analysen vor. Für die Systemische Therapie erscheint liegen vergleichbare Daten nicht vor. Die Feststellung, dass zur Patientenperspektive keine repräsentativen Aussagen aus der Literatur ableitbar seien, lässt die Frage aufkommen, warum diese offensichtliche Lücke nicht durch den Einsatz einer entsprechenden Fokusgruppe geschlossen wurden.

### **5 Ergebnisse des Expertengremiums**

Im Expertengremium wurde die Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren des bestehenden Indikatorensets auf die Gruppentherapie geprüft anhand der Kriterien „Potenzial zur Verbesserung“, „Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer“, „Unabhängigkeit von der spezifischen Diagnose“ und „Unabhängigkeit vom angewandten psychotherapeutischen Verfahren“.

Diagnostische Gespräche oder der Einsatz von diagnostischen Instrumenten vor der Therapie sind nach Einschätzung der meisten Expertinnen und Experten für die Einzel- nicht aber für die Gruppentherapie relevant. Die Indikatoren zur Formulierung des Therapieziels oder zur Reflexion des Therapieverlaufs wurden als wenig geeignet für die Gruppentherapie angesehen.

Zum Indikator zu standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf wurde angemerkt, dass je nach Therapieverfahren und je nach Gruppenart die Eignung unterschiedlich zu bewerten sei.

Der Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten“ wurde von einigen Expertinnen und Experten als „Nachweis von pro forma geführten Gesprächen“ bezeichnet, der „keine Auskunft über die Qualität der Kooperation“ gebe. Sein Einsatz könne dazu führen, dass „die Motivation bei den Beteiligten auch für die indizierte Zusammenarbeit sinke“. Für die Indikatoren „Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie“, „Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses“ und „Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie“ wurde kein besonderes Verbesserungspotenzial in der gruppentherapeutischen Versorgung gesehen.

Als allgemeine Hinweise taten die Expertinnen und Experten ihre Bedenken gegen das QS-Verfahren kund. Die Qualitätsindikatoren seien auf keiner belastbaren Datengrundlage entwickelt worden. Weiterhin bestände die Gefahr, dass das QS-Verfahren auf wenig Akzeptanz unter den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stoße und dass der Datenschutz nicht ausreichend gewährleistet sei.

#### *Kommentar der Bundesärztekammer*

Leider werden die Ergebnisse der Expertendiskussion nur narrativ mit eingestreuten Prozentangaben, nicht aber tabellarisch als kumulative Ergebnisse des „quantitativen Bewertungsbogen“ im Anhang wiedergegeben. So lässt sich nicht vollständig nachvollziehen, wie eindeutig das Meinungsbild jeweils war.

Ablehnungsgründe für den Einsatz der Indikatoren im Gruppentherapiesetting waren z. B. die schlechte Anwendbarkeit, fehlender Verbesserungsbedarf oder eine fehlende Therapieverfahrensunabhängigkeit. Bemerkenswert ist, dass zu einigen Qualitätsindikatoren die in diesem Kapitel wiedergegebenen Anmerkungen aus dem Expertengremium sehr wohl auch als generelle Kritik an den bestehenden Qualitätsmodell zu verstehen sind, d. h. nicht nur im Gruppentherapie-, sondern auch im Einzeltherapiesetting. Die abschließend geäußerten allgemeinen Bedenken gegen das geplante QS-Verfahren sind nach Einschätzung der Bundesärztekammer ernst zu nehmen.

## **6 Überarbeitung und Ergänzung des Qualitätsmodells und des Qualitätsindikatorens**

Das Institut konstatiert, dass sich aus der Literaturrecherche und der Diskussion im Expertengremium weder neue Qualitätsanforderungen noch Hinweise auf einen Verbesserungsbedarf für die Gruppenpsychotherapie (inkl. Kombinationstherapie) oder die Systemische Therapie ergeben haben. Die Qualitätsindikatoren des bestehenden Sets seien auf die Systemische Therapie uneingeschränkt, auf die Gruppentherapie aber nur eingeschränkt anwendbar. Diese Einschätzung in Verbindung mit der Beobachtung, dass die Gruppentherapie nur einen sehr kleinen Anteil der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland ausmacht, führt zur Empfehlung, das Qualitätsmodell auf die Systemische Therapie, nicht aber auf die Gruppen- oder Kombinationstherapie anzuwenden.

## **7 Nutzbarkeit von Sozialdaten bei den Krankenkassen**

Der diesem Bericht zugrundeliegende Auftrag des G-BA beinhaltete auch eine erneute Prüfung, inwieweit Sozialdaten der Krankenkassen als Datenquelle verfügbar und geeignet sind, Dokumentationsaufwände bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern zu verringern. Daher hat das Institut für jeden Qualitätsindikator überprüft, ob er sich an Stelle einer fallbezogenen Dokumentation auch aus spezifischen GOP-Abrechnungsziffern berechnen ließe. Für sämtliche Indikatoren des Sets wird festgestellt, dass entweder gar keine spezifische GOP-Ziffer vorhanden ist oder dass vorhandene Ziffern nur Teilaspekte des Indikators abdecken. Daraus folgert das IQTIG, dass die Sozialdaten der Krankenkassen als Datenquelle nicht in Betracht kommen.

#### *Kommentar der Bundesärztekammer*

Die Schlussfolgerung, dass sich die Qualität der Behandlung in der ambulanten Psychotherapie schlecht oder gar nicht durch Routinedaten abbilden lässt, ist gut nachvollziehbar

## **8 Verantwortungszuschreibung bei unterschiedlichen Leistungserbringern in der Gruppen- oder Kombinationstherapie**

Es wird – auch unterstützt durch ein entsprechendes Expertenvotum – ausgeführt, dass bei einer Gruppentherapie oder einer Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie eine Zuordnung der Verantwortung für Indikatorergebnisse zu einer/m Leistungserbringerin und Leistungserbringer nicht möglich sei, da im Versorgungsprozess keine Hauptverantwortlichkeit festgelegt sei. Daraus wird die Empfehlung abgeleitet, neben der Gruppentherapie auch die Kombinationstherapie nicht in das QS-Verfahren einzubeziehen.

*Kommentar der Bundesärztekammer*

Die Bundesärztekammer stimmt dieser Einschätzung zu.

## **Teil III: Ausblick**

### **9 Schritte bis zum Regelbetrieb**

Bezugnehmend auf Stellungnahmen zu früheren Entwicklungsberichten im geplanten QS-Verfahren ambulante Psychotherapie sowie auf die Voten des Expertengremiums schließt sich das IQTIG der Einschätzung an, dass vor einem uneingeschränkten Echtbetrieb eine ausführliche Erprobungsphase – hier als „Pilotstudie“ oder „Modellprojekt“ bezeichnet – angezeigt sei. Die Erprobung soll v. a. genutzt werden, „praktikable Softwarelösungen“ in den psychotherapeutischen Praxen zu finden.

*Kommentar der Bundesärztekammer*

Die Bundesärztekammer unterstützt die Forderung nach einer ausführlichen Erprobung. Erstmals soll mit dem QS-Verfahren ambulante Psychotherapie ein völlig neuer Fachbereich einbezogen werden außerhalb des in über 20 Jahren etablierten Settings (überwiegend operative Fächer und stationärer Sektor). Softwarelösungen, auf denen die QS-Software aufbauen kann, sind hier weitgehend nicht vorhanden.

### **10 Fazit**

In seinem Fazit stellt das IQTIG die zentrale Bedeutung der Psychotherapie-Richtlinie heraus. Es weist darauf hin, dass vier vom Innovationsfonds geförderte Projekte sich mit der Wirkung der Richtlinie bzw. der Auswirkung von Richtlinienänderungen für die psychotherapeutische Versorgung befassen, u. a. das Folgeprojekt BARGRU II, das sich wie das im Bericht ausführlich dargestellte Projekt BARGRU mit der Gruppentherapie befasst.

Abschließend wird auf das Papier „Patientensicherheit und Nebenwirkungen in der Psychotherapie. Anregungen zur Fortentwicklung“ des Aktionsbündnis Patientensicherheit verwiesen, das sich mit unerwünschten Effekten und Nebenwirkungen der Psychotherapie sowie Behandlungsfehlern und Therapieschäden beschäftigt, die durch Fehlbehandlungen entstehen können.

## Fazit

Der vorliegende Vorbericht ergänzt frühere Entwicklungsberichte des IQTIG. Er kommt zu dem Schluss, dass das vom IQTIG entwickelte Qualitätsmodell mit seinen operationalisierten Qualitätsindikatoren analog zu den übrigen psychotherapeutischen Richtlinienverfahren in Einzeltherapie auch auf die Systemische Therapie angewandt werden kann. Eine Ausweitung auf die Gruppentherapie oder eine Kombinationstherapie wird nicht empfohlen. Als Begründungen werden u. a. angegeben, dass ihr Anteil an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland (noch) zu gering sei, dass viele der Qualitätsindikatoren für diese Settings nicht relevant sind und die Zuschreibbarkeit von Indikatorergebnissen zu einzelnen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten schwierig sein kann. Die Argumentation stützt sich v. a. auf die Ergebnisse einer aktuellen deutschen Studie (Christoffer et al. 2021), die im Vorbericht ausführlich wiedergegeben werden.

Auch der Einsatz von Sozialdaten der Kassen zum Zwecke der datengestützten QS in der ambulanten Psychotherapie wird nicht empfohlen.

Die Methodik des Instituts ist wie gewohnt strukturiert und gut nachvollziehbar. Vielleicht hätte man durch eine eigene Fokusgruppe die Patientenperspektive noch etwas ausführlicher beleuchten können.

Die Empfehlungen des IQTIG in diesem Vorbericht werden von der Bundesärztekammer geteilt. Allerdings klingt in den Kommentaren der befragten Experten an, dass gewisse grundsätzliche Bedenken bestehen, ob das geplante datengestützte QS-Verfahren in der ambulanten Psychotherapie aussagekräftige Ergebnisse produzieren wird.

Schon für die Ausgangsannahme, dass es in der ambulanten Psychotherapie in Deutschland gegenwärtig relevante Qualitätsunterschiede gibt, ist die Evidenzlage dünn. Gleiches gilt für die zweite Annahme, dass sich für die Erfassung dieser Unterschiede ein datengestütztes QS-Verfahren eignet. Erstmals wird ein dokumentationsgestütztes Erfassungssystem in einem Fachbereich eingeführt, in dem bis dato eine standardisierte Dokumentation eher fachfremd ist. Die Qualitätsindikatoren zielen dabei primär mehr auf die Qualität der Dokumentation als die tatsächliche Prozessqualität der Versorgung. Es ist nicht auszuschließen, dass das QS-Verfahren zukünftig auch einen intervenierenden Effekt auf die Versorgung selbst haben wird. Ob dieser ausschließlich positiv sein wird, oder ob es nicht gar zu Störungen des hier besonders sensiblen Vertrauensverhältnisses zwischen Therapeutinnen und Therapeuten einerseits und Patientinnen und Patienten andererseits kommt, bleibt abzuwarten, bzw. ist aufmerksam zu beobachten.

Methodisch kommt erschwerend hinzu, dass es sich zum einen um einen Fachbereich mit z. T. sehr niedrigen Fallzahlen je Therapeutin/Therapeut handelt, und zum anderen in den Indikatoren diagnose- und therapieverfahrensübergreifend alle Fälle gemeinsam gerechnet werden sollen. Bei Blick auf die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland ist zudem zu erwarten, dass die Multimorbidität der Patientenklientel zunehmen wird. Zunehmend werden somatische und psychische Erkrankungen gleichzeitig und multidisziplinär behandelt werden müssen. Unklar ist, wie diesen Fällen ein QS-Verfahren mit alleinigem Fokus auf die Psychotherapie gerecht werden kann.

In jedem Fall schließt sich die Bundesärztekammer der Forderung nach einer ausführlichen und dabei sanktionsfreien Erprobung des geplanten QS-Verfahrens an. Eine begleitende Evaluation des Echtbetriebs sollte frühzeitig beginnen, damit bei möglichen Fehlentwicklungen rechtzeitig korrigierend eingegriffen werden kann.

Stellungnahme

---

Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter  
Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die  
Gruppentherapie

---

Vorbericht vom 25. Juli 2022 des IQTIG

**05.09.2022**

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Einleitung .....</b>	<b>3</b>
<b>Teil II: Ergebnisse und Empfehlungen .....</b>	<b>5</b>
Ergebnisse der Leitlinien- und Literaturrecherche .....	5
Ergebnisse des Expertengremiums.....	7
Nutzbarkeit von Sozialdaten bei den Krankenkassen.....	9
Verantwortungszuschreibung bei unterschiedlichen Leistungserbringer*innen in der Gruppen- oder Kombinationstherapie .....	10
<b>Teil III: Ausblick.....</b>	<b>11</b>
Schritte bis zum Regelbetrieb.....	11
<b>Fazit .....</b>	<b>13</b>
<b>Literatur .....</b>	<b>15</b>

## Einleitung

Mit Beschluss vom 17. Juni 2021 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das IQTIG beauftragt, das im Abschlussbericht zur „Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter“ vom 14. Juni 2021 (IQTIG 2021a) beschriebene Qualitätsmodell zu prüfen und zu überarbeiten. Diese Beauftragung war ausdrücklich als Ergänzung der Beauftragung vom 17. Mai 2018 zu verstehen und bezieht sich neben dem Qualitätsmodell im Allgemeinen auf die Qualitätsindikatoren des „Klassik-Teils“ im Besonderen.

Dabei war gemäß Auftrag des G-BA insbesondere das im Abschlussbericht vorgeschlagene Qualitätsmodell und Indikatorenset hinsichtlich der Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie und die Systemische Therapie zu prüfen und gegebenenfalls weiterzuentwickeln. Die Prüfung und ergänzende Weiterentwicklung des bisherigen Indikatorensets sollte auf der Grundlage des weiterzuentwickelnden Qualitätsmodells ggf. die Streichung, Modifizierung oder auch die Neu-Entwicklung einzelner Qualitätsindikatoren beinhalten.

Mit seinem Vorbericht vom 25. Juli 2022 hat sich das IQTIG im Kern auf die Prüfung der Übertragbarkeit der Qualitätsmerkmale des Qualitätsmodells und der dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren auf die Gruppentherapie und die Systemische Therapie beschränkt. Ein weiteres Ziel war es zu klären, ob die Verantwortung für gruppentherapeutische Leistungen auch bei einer Gruppenleitung durch zwei Leistungserbringer\*innen oder einer Kombinationsbehandlung eindeutig zugeschrieben werden kann. Darüber hinaus war zu untersuchen, ob Sozialdaten bei den Krankenkassen zugunsten der Datensparsamkeit und einer Reduktion des Dokumentationsaufwandes zur Operationalisierung von Qualitätsindikatoren verwendet werden können.

Das IQTIG kommt in seinem Fazit zu dem Ergebnis, dass eine Übertragbarkeit des entwickelten Qualitätsmodells und Qualitätsindikatorensets für die ambulante Psychotherapie im Einzelsetting (IQTIG 2021a) auf das Gruppensetting zum gegebenen Zeitpunkt nicht möglich ist und von einer Anwendung des Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahren) auf die Gruppentherapie, einschließlich der Kombinationstherapie, von daher bis auf Weiteres abgesehen werden sollte. Maßgeblich für dieses Urteil sind die mangelnden Hinweise auf Verbesserungspotenziale in der ambulanten Gruppentherapie, die weder im Rahmen der Literaturrecherche noch in den Beratungen im Expertengremium ermittelt werden konnten. Ebenso wenig konnten spezifische Qualitätsanforderungen für die Gruppentherapie vonseiten des IQTIG identifiziert werden, die eine Entwicklung neuer Qualitätsindikatoren für die Gruppentherapie erforderlich machen würden.

Für die Systemische Therapie im Einzelsetting konstatiert das IQTIG eine vollumfängliche Übertragbarkeit des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie, da dessen Anwendbarkeit für dieses Richtlinienverfahren bereits bei der Entwicklung des Qualitätsindikatorensets des QS-Verfahrens überprüft (IQTIG 2021a) und vom Expertengremium im vorliegenden Vorbericht erneut bestätigt wurde.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BpTK) wird im Folgenden zum Vorbericht des IQTIG Stellung nehmen und auf einige der darin beschriebenen Prüfschritte vertieft eingehen.

## Teil II: Ergebnisse und Empfehlungen

### Ergebnisse der Leitlinien- und Literaturrecherche

Die Leitlinien- und Literaturrecherche vollzog das IQTIG nach zuvor definierten Ein- und Ausschlusskriterien, die im Anhang des Vorberichts mit Darlegung der Suchstrategien sowie der vollzogenen Datenextraktion nachvollziehbar aufgeschlüsselt sind. Die BpTK begrüßt dieses an wissenschaftlichen Standards orientierte methodische Vorgehen, das die Entscheidungsprozesse des IQTIG an dieser Stelle transparent werden lässt.

In den 13 eingeschlossenen Leitlinien (4 national, 9 international), die Empfehlungen zur Gruppentherapie oder Systemischen Therapie aussprechen, ergaben sich aus den verfügbaren Informationen keine neuen Qualitätsanforderungen für die Gruppentherapie oder Systemische Therapie. Ebenso wenig konnten in den Leitlinien Kontraindikationen für die Durchführung einer ambulanten Psychotherapie als Gruppentherapie oder Systemischen Therapie ermittelt werden.

Das IQTIG argumentiert in seinem Vorbericht, dass die Psychotherapie-Richtlinie sowohl psychotherapeutische Verfahren als auch Therapiesettings (Einzel-, Gruppen-, Kombinationstherapie) in ihrer Anwendbarkeit gleichsetze, und schließt aus dem Mangel an Kontraindikationen für die Durchführung von Gruppentherapie in den Leitlinien, dass das für die Einzeltherapie entwickelte Qualitätsmodell des QS-Verfahrens auf die Gruppentherapie übertragen werden kann. Dieser Schluss ist in der Form nicht nachvollziehbar: Auch wenn die Psychotherapie-Richtlinie unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstands regelmäßig aktualisiert wird, zielen ihre normativen Vorgaben zuvorderst auf die Regelung von psychotherapeutischen Leistungen zulasten der gesetzlichen Krankenkassen ab. Sie regelt, welche Behandlungsleistungen in welchem Setting bei welchen Indikationen erbracht werden können. Die Psychotherapie-Richtlinie beinhaltet jedoch keine Empfehlungen zu Behandlungspfaden, differenziellen Therapieempfehlungen oder abgestuften Empfehlungsstärken für einzelne Therapieverfahren oder Settings. Die Argumentation, dass sich Inhalte der Psychotherapie-Richtlinie analog auf Inhalte von Leitlinien übertragen lassen und zur Ableitung von bislang noch nicht formulierten Leitlinienempfehlungen eignen, ist von daher nicht nachvollziehbar. Es ist grundsätzlich denkbar, dass für die Gruppentherapie zukünftig Leitlinienempfehlungen formuliert werden, die von denen einer Einzeltherapie abweichen. Hierfür sprechen beispielsweise die im Vorbericht geschilderten Beratungen im Expertengremium, bei denen eine Vielzahl der aus Leitlinienempfehlungen abgeleiteten Qualitätsindikatoren für das Einzelsetting als für das

Gruppensetting ungeeignet bewertet wurden (genannt werden dort zum Beispiel umfassende Eingangsdiagnostik zu Beginn der Behandlung, Anwendung standardisierter Instrumente im Therapieverlauf). In diesem Kontext wäre es im Sinne eines wissenschaftlichen, an vorhandener Evidenz orientierten Vorgehens wünschenswert gewesen, die Gleichsetzbarkeit von Behandlungssettings anhand einer eigenen Recherche zu überprüfen, statt lediglich auf normative Vorgaben, wie sie in der Psychotherapie-Richtlinie formuliert wurden, zu verweisen. Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche konnten lediglich zehn qualitative Studien zum Rechercheblock „Patientenperspektive“ und keine Studien zu den Rechercheblöcken „Über-, Unter-, Fehlversorgung“ und „Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen“ eingeschlossen werden. Die eingeschlossenen Studien wiesen dabei aufgrund geringer Stichprobengrößen sowie weiterer methodischer Mängel eine zu geringe externe wie interne Validität auf, um hieraus belastbare Informationen zum Themenkomplex Gruppentherapie gewinnen zu können. In der orientierenden Literaturrecherche, für die eine Darlegung des Such- und Auswahlprozesses leider fehlt, konnte eine Studie ermittelt werden, die Aspekte der gruppentherapeutischen Versorgungsrealität in Deutschland anhand einer Sekundärdatenanalyse untersuchte. Die darin berichteten Daten für die Jahre 2016 bis 2018 zeigen, dass die Gruppentherapie bislang nur eine untergeordnete Rolle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung spielt, da 2018 nur etwa zwei Prozent aller erbrachten psychotherapeutischen Leistungen im Gruppensetting stattfanden und lediglich sieben Prozent aller ambulant tätigen Leistungserbringer\*innen gruppentherapeutische Leistungen erbrachten. Das IQTIG bewertet diese Daten als einen Grund dafür, dass eine Anpassung des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie nicht nötig ist.

Diese Argumentation erscheint insofern zu kurz gegriffen, als dass das IQTIG an anderer Stelle davon ausgeht, dass „der Anteil der Gruppenpsychotherapie an der Versorgung mutmaßlich zunehmen wird“ (IQTIG 2022a, S. 7), eine Anpassung des QS-Verfahrens für die Gruppentherapie in der Zukunft von daher durchaus notwendig werden könnte. Darüber hinaus erscheinen die Daten der Studie aus der orientierenden Recherche nur bedingt dafür geeignet, die Anwendbarkeit des QS-Verfahrens auf die bestehende ambulante psychotherapeutische Versorgungssituation zu beurteilen. Da das QS-Verfahren erst bei Beendigung einer Richtlinienpsychotherapie ausgelöst werden soll, wäre unter Vergegnwärtigung der geringen jährlichen Fallzahlen pro Leistungserbringer\*in und der dadurch infrage stehenden Datenvalidität vor allem wichtig zu ermitteln, wie viele Patient\*innen pro Jahr eine Richtlinienpsychotherapie im Einzelsetting, Gruppensetting oder in der Kombination aus Einzel- und Gruppensetting abschließen. In diesem Kontext wäre auch eine nach Richtlinienverfahren differenzierte Aufschlüsselung der beendeten Be-

handlungen pro Jahr bedeutsam, um die Versorgungsrelevanz für jedes Richtlinienverfahren in der Einzel- und Gruppentherapie besser einschätzen zu können. In der Logik der Argumentation des IQTIG wäre dann bei einer entsprechend geringen Relevanz für die Versorgung für die jeweiligen Therapieverfahren zu prüfen, ob diese u. a. vor dem Hintergrund einer möglicherweise besseren Kosten-Nutzen-Bilanz für bestimmte Settings vom QS-Verfahren ausgeschlossen werden sollten.

Unverständlich ist auch, dass das IQTIG an keiner Stelle im Bericht (einschließlich Anhang) aufschlüsselt, inwieweit sich Hinweise aus den selektierten Leitlinien und Studien auf die Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells des QS-Verfahrens zuordnen ließen. Eine entsprechende Prüfung wird zu Beginn des Vorberichts zwar angekündigt (vgl. IQTIG 2022a, S. 4), bleibt dann jedoch aus. Da der Beschlusstext des G-BA vom 17. Juni 2021 ausdrücklich vorschreibt, dass neben dem Qualitätsindikatorenset auch das Qualitätsmodell des QS-Verfahrens hinsichtlich der Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie überprüft werden soll, verletzt das IQTIG damit die Erfüllung des gesetzlichen Auftrags.

### Ergebnisse des Expertengremiums

Als zweiter wesentlicher Prüfschritt wurde neben der Literaturrecherche ein aus 21 Mitgliedern bestehendes Expertengremium einberufen, das die Übertragbarkeit des Indikatorensets des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie auf die Gruppentherapie und Systemische Therapie beurteilte. Eine Voraussetzung für eine Beteiligung am Expertengremium war, dass eine teilnehmende Person Psychotherapie im Gruppensetting durchführt oder eine besondere Expertise in diesem Bereich aufweist (vgl. IQTIG 2022a, S. 28). Leider ist im Anhang des Vorberichts bei vielen teilnehmenden Expert\*innen nicht erkennlich, inwieweit dieses für das Vorliegen von geeigneter Expertise entscheidende Kriterium erfüllt war. Die unzureichende Darlegung der Eignungsmerkmale der Expert\*innen erscheint insbesondere deshalb problematisch, da das Expertengremium eine der wenigen und damit zentralen Informationsgrundlagen bildete, um die Frage der Übertragbarkeit des QS-Verfahrens auf die Gruppentherapie zu beantworten.

Die Übertragbarkeit des QS-Verfahrens auf die Gruppentherapie wurde anhand der Eignungskriterien „Verbesserungspotenzial“, „Zuschreibbarkeit“, „Diagnoseunabhängigkeit“, „Verfahrensunabhängigkeit“ eingeschätzt. Nach Darstellung des IQTIG sah die Mehrheit der Expert\*innen für keinen einzigen Qualitätsindikator ein Verbesserungspotenzial im Hinblick auf die Gruppenpsychotherapie als gegeben an. Diese Einschätzung ist im Abgleich zu den Einschätzungen des Expertengremiums bei der Entwicklung des Indikatorensets für den Klassikteil mit Blick auf die Einzelpsychotherapie bzw. die darauf auf-

bauenden Einschätzungen und Vorschläge des IQTIG fachlich nicht nachvollziehbar. Insgesamt lässt der Bericht eine vertiefte Auseinandersetzung mit den besonderen Anforderungen der Qualitätssicherung in der Gruppenpsychotherapie und möglichen Qualitätspotenzialen in der Gruppenpsychotherapie vermissen.

Die BpTK begrüßt dabei grundsätzlich, dass die Ergebnisse der Bewertungen des Expertengremiums zu den einzelnen Qualitätsindikatoren im Vorbericht konkreter als in bisherigen Entwicklungsberichten des IQTIG dargestellt werden. So wird entsprechend des im Abschlussbericht des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie beschriebenen methodischen Vorgehens (IQTIG 2021a, S. 60) zumindest für das Kriterium „Verbesserungspotenzial“ jeweils angegeben, ob mindestens 75 Prozent der Expert\*innen einen Punktwert über 7 vergeben haben. Die Darstellung der Experten-Ratings ist an dieser Stelle dennoch unvollständig und unzureichend. Dies ist nicht zuletzt bedeutsam, weil die Experteneinschätzungen im Vorbericht aufgrund des Mangels an Evidenz aus der Literatur und dem Verzicht auf Fokusgruppen die wesentliche Informationsquelle für den Prüfprozess darstellen. Sachdienlich wäre hier eine im Anhang aufgeführte Tabelle mit Angabe der Mittelwerte und Streuungen der Punktwerte für jedes Eignungskriterium, um die Entscheidungen des IQTIG transparenter und besser nachvollziehbar zu machen. Die Punktwerte sollten dabei möglichst auch für Subgruppen-Merkmale, beispielsweise nach Therapieverfahren oder Art der Expertise von Teilnehmer\*innen (Patientenbehandlung oder Forschung), differenziert aufgeschlüsselt werden, um mögliche systematische Antworttendenzen aufzudecken.

Der vom Expertengremium deklarierte Mangel an Verbesserungspotenzial in der Gruppentherapie steht darüber hinaus in erheblicher Diskrepanz dazu, dass bei der Entwicklung des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie für das Einzelsetting für jeden Qualitätsindikator ein Verbesserungspotenzial als gegeben identifiziert wurde. Es erscheint wenig plausibel und unwahrscheinlich, dass Verbesserungspotenziale zwischen dem psychotherapeutischen Einzel- und Gruppensetting in der ambulanten Versorgung derart stark divergieren – insbesondere unter der vom IQTIG getroffenen Folgerung, dass beide Settings entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie gleichgesetzt werden können. Die methodisch wenig valide Ableitung von Verbesserungspotenzialen für ermittelte Qualitätsmerkmale anhand einzelner Fokusgruppen-Aussagen im Rahmen der Verfahrensentwicklung lässt vielmehr die Vermutung zu, dass auch bei der ambulanten Psychotherapie im Einzelsetting de facto kaum Qualitätsdefizite zu belegen sind und ein erhebliches Potenzial zur Verschlankung und Fokussierung auf wenige zentrale Qualitätspotenziale besteht. Insgesamt liefern die diskrepanten Bewertungsergebnisse der Expertengremien hinsicht-

lich der Qualitätspotenziale in der ambulanten Psychotherapie in Einzel- und Gruppensetting bzw. der Umgang des IQTIG mit den Experteneinschätzungen einen Hinweis auf eine hohe Abhängigkeit der Entwicklungsergebnisse des IQTIG von den jeweiligen Zusammensetzungen der Expertengremien sowie den darauf aufsetzenden Entwicklungsarbeiten durch Mitarbeiter\*innen des IQTIG, die nicht stringent aus den Methoden des IQTIG abzuleiten sind und zugleich durch einen Mangel an Transparenz in den Vor- und Abschlussberichten hinsichtlich der Ergebnisse der Experteneinschätzungen und der darauf aufsetzenden Prozesse gekennzeichnet sind.

Für die Systemische Therapie im Einzelsetting bestätigte das Expertengremium gemäß vorangehender Experteneinschätzungen die Übertragbarkeit des bestehenden QS-Verfahrens. Diese Einschätzung wird leider nur rein narrativ beschrieben, sodass unklar bleibt, auf Grundlage welcher Diskussionen und Überlegungen das neu einberufene Expertengremium zu seinem Urteil kommt.

### Nutzbarkeit von Sozialdaten bei den Krankenkassen

Zugunsten der Datensparsamkeit und Aufwandsreduktion überprüfte das IQTIG in seinem Vorbericht auch, ob Sozialdaten bei den gesetzlichen Krankenkassen zur Operationalisierung von dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie genutzt werden können. Zu diesem Zweck bewertete das IQTIG alle Gebührenordnungspositionen (GOP), die im Rahmen von Richtlinienpsychotherapie abrechenbar sind, und stellte im Ergebnis fest, dass diese mangels ausreichenden Informationsgehalts nicht für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie genutzt werden können.

Die BpTK teilt diese Einschätzung und betrachtet die bestehenden GOP als ungeeignet, um sie für Qualitätsindikatoren der Leistungserbringerdokumentation des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie sinnvoll zu nutzen. Im Rahmen dieses Prüfschrittes wäre jedoch angebracht gewesen, umfassender zu analysieren, ob und in welcher Weise Sozialdaten bei den Krankenkassen als Variablen für Modelle der Risikoadjustierung genutzt werden können. Im Abschlussbericht der Patientenbefragung für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie empfiehlt das IQTIG explizit, nach Möglichkeit Informationen aus der medizinischen Dokumentation der Leistungserbringer\*innen, wie beispielsweise die Schwere der Erkrankung oder Komorbiditäten, als Variablen für die Risikoadjustierung zu nutzen (IQTIG 2021b, S. 299 - 300). Dass eine entsprechende Überprüfung der GOP an dieser Stelle ausgeblieben ist, erscheint insofern kritisch, als dass das IQTIG bis heute kein Konzept zur dringend erforderlichen Risikoadjustierung vorgelegt hat und deren Realisier-

barkeit aufgrund des Mangels an konkretisierbaren Variablen sowie der geringen Fallzahlen pro Leistungserbringer\*innen beim QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie ohnehin stark infrage steht.

### Verantwortungszuschreibung bei unterschiedlichen Leistungserbringer\*innen in der Gruppen- oder Kombinationstherapie

Da im Rahmen einer Gruppentherapie bei einem Behandlungsfall mehrere Leistungserbringer\*innen und Settings vorliegen können, prüfte das IQTIG auch die Zuschreibbarkeit von Verantwortung bei allen gemäß Psychotherapie-Richtlinie möglichen Szenarien.

Nach Einschätzung des IQTIG ist die Verantwortungszuschreibung bei einer Leistungserbringer\*in, die sowohl eine Einzel- als auch Gruppentherapie bei einem Behandlungsfall durchgeführt hat, eindeutig gegeben. Im Vorbericht fehlen jedoch sich daran anschließende Ausführungen, die präzisieren, ob Fälle mit einer Kombinationsbehandlung bei einer Leistungserbringer\*in dann in das bestehende QS-Verfahren für die Einzeltherapie zukünftig eingeschlossen oder mit Blick auf das vom Expertengremium konstatierte fehlende Verbesserungspotenzial für die Gruppentherapie ausgeschlossen werden sollen. Es wäre in diesem Kontext empfehlenswert gewesen, klare Entscheidungsalgorithmen für den Ein- oder Ausschluss von Behandlungsfällen zu formulieren (zum Beispiel: „Abgeschlossene Einzeltherapien, bei denen im Behandlungszeitraum mindestens eine Behandlungsstunde im Gruppensetting stattgefunden hat, werden vom bestehenden QS-Verfahren bis auf Weiteres ausgeschlossen.“).

Bei zwei unterschiedlichen Leistungserbringer\*innen, bei denen eine Leistungserbringer\*in die Einzeltherapie und eine andere Leistungserbringer\*in die Gruppentherapie durchgeführt hat, ist die Zuschreibbarkeit nach Einschätzung des IQTIG eingeschränkt, da die Kombinationsbehandlung als eine integrierte Intervention für einen Behandlungsfall verstanden werden muss. Das IQTIG spricht sich infolgedessen gegen eine Übertragbarkeit des QS-Verfahrens in derartigen Fällen aus und verweist darauf, dass diesbezüglich eine neue Prüfung erfolgen soll, falls in der Psychotherapie-Richtlinie zusätzliche Regelungen zur Kombinationsbehandlung getroffen werden, die bei mehreren Leistungserbringer\*innen eine eindeutige Zuordnung einer leitenden Verantwortung ermöglichen. Im Falle eines zukünftigen Einschlusses der Kombinationsbehandlung in das QS-Verfahren gilt es dabei bereits jetzt zu bedenken, dass die Anzahl an Einzelsitzungen im Rahmen einer Kombinationsbehandlung in der Regel deutlich geringer ist als bei einer reinen Einzeltherapie. Wie in dieser Stellungnahme bereits bei der vom IQTIG durchgeführten Leitlinienrecherche kritisch angeführt, stellt sich auch hier die Frage, ob in der Einzel- und

Gruppenpsychotherapie die gleichen Qualitätsmerkmale von Belang sind. Mit Blick auf die bislang nur unzureichende Anzahl an methodisch validen Studien über die ambulante Gruppenpsychotherapie in der Versorgung bleibt es an dieser Stelle unverständlich, warum diese zentrale Frage vom IQTIG nicht dem Expertengremium zur Diskussion gestellt wurde.

### Teil III: Ausblick

#### Schritte bis zum Regelbetrieb

Den Einschätzungen des Expertengremiums folgend, spricht sich das IQTIG dafür aus, dass das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie zunächst in einem regional begrenzten Regelbetrieb erprobt werden soll, bevor eine bundesweite Einführung des QS-Verfahrens erfolgt.

Dies erscheint auch aus Sicht der BPTK aus mehreren Gründen besonders angezeigt: Im Rahmen der gesamten Verfahrensentwicklung konnten anhand der verfügbaren Evidenz keine bedeutsamen Verbesserungspotenziale für die ambulante psychotherapeutische Versorgung ermittelt werden. Darüber hinaus steht die methodische Qualität der entwickelten QS-Instrumente stark infrage, beispielsweise in Bezug auf die angesetzten Referenzbereiche oder die Risikoadjustierung, für die das IQTIG bislang kein Konzept vorgelegt hat. Insoweit besteht selbst bei einer Erprobung die Gefahr, dass relevante Daten für die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells nicht erhoben werden und entsprechend bei Weiterentwicklungen keine Berücksichtigung finden können. Auch ist die Gewährleistung valider Daten aufgrund geringer Fallzahlen pro Leistungserbringer\*in bislang ungewiss, zumal im Rahmen des entwickelten Auswertungskonzeptes und Messmodells für das QS-Verfahren einige statistische Annahmen getroffen werden, deren Überprüfung noch aussteht. Daneben spricht auch die geringe Akzeptanz unter den Leistungserbringer\*innen im Zuge der fehlenden Transparenz bei der Verfahrensentwicklung für eine Erprobung des Verfahrens.

Aus Sicht der BPTK stellt sich als größtes Problem dar, dass das QS-Verfahren in seiner bisherigen Fassung eine äußerst ungünstige Kosten-Nutzen-Bilanz aufweist: Einem sehr hohen administrativen Aufwand mit 101 Datenfeldern für die Leistungserbringerdokumentation und 40 Items für die Patientenbefragung pro Fall stehen unzureichend belegte Verbesserungspotenziale gegenüber, die durch das QS-Verfahren adressiert werden sollen. Mit Blick auf die Patientenbefragung besteht die Gefahr, dass die erhebliche Länge des Fragebogens und die Erfassung von Qualitätsmerkmalen zu Prozessen, die zum Teil

Jahre zurückliegen können, zu sehr geringen Rücklaufzeiten führt, welche die Aussagekraft der Indikatoren auf Basis der Patientenbefragung zusätzlich einschränken.

Insgesamt ist aus Sicht der BPTK zu konstatieren, dass mit den vorgelegten Instrumenten für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie der G-BA-Auftrag vom 17. Mai 2018, der die Entwicklung eines „kompakte[n]“ und „fokussierte[n]“ Instrumentariums für den Einsatz in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung vorschreibt, nicht umgesetzt wird.

## Fazit

Nach Durchführung einer Leitlinien- und Literaturrecherche und der Konsultation eines Expertengremiums kommt das IQTIG zu dem Ergebnis, dass sich die Übertragbarkeit des Qualitätsmodells und dokumentationsbasierten Qualitätsindikatorensets des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie (IQTIG 2021a) auf die Gruppentherapie anhand der gegenwärtigen Evidenz nicht beantworten lässt. Zudem werde die Gruppentherapie in der ambulanten Versorgung bislang in einem noch zu geringen Umfang durchgeführt. Beides begründet die Entscheidung des IQTIG, bis auf Weiteres keine Überarbeitung des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie für die Gruppentherapie zu vollziehen bzw. auf einen Zeitpunkt zu verlegen, ab dem hinreichend neue Erkenntnisse und Empfehlungen zur ambulanten Gruppentherapie aus Forschungsergebnissen abgeleitet werden können. Eine gezielte Analyse spezifischer Anforderungen an die Qualitätssicherung der Gruppenpsychotherapie, für welche Prozesse der Gruppenpsychotherapie ggf. spezifische Qualitätspotenziale zu identifizieren sind und in einem QS-Verfahren adressiert werden sollten, ist in dem Bericht insgesamt nicht zu erkennen.

Für die Systemische Therapie im Einzelsetting konstatiert das IQTIG eine vollumfängliche Übertragbarkeit des QS-Verfahrens, da eine entsprechende Prüfung bereits im Abschlussbericht des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie (IQTIG 2021a) erfolgte, deren Ergebnis von einem neu einberufenen Expertengremium bestätigt wurde.

Grundsätzlich kann die BPtK die Einschätzung des IQTIG nachvollziehen, dass es für viele Qualitätsmerkmale des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie keine Belege für Verbesserungspotenziale in der ambulanten Gruppentherapie gibt und eine Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie dadurch nicht möglich erscheint. Es verwundert in diesem Zusammenhang dennoch, dass im Rahmen der Expertenberatungen in Bezug auf die Qualitätsindikatoren keinerlei Verbesserungspotenziale für die gruppentherapeutische Versorgung ermittelt werden konnten. Daneben weist der Vorbericht des IQTIG einige Mängel auf, die in zukünftigen Entwicklungsberichten vermieden werden sollten: Die Überprüfung der Übertragbarkeit des QS-Verfahrens auf die Gruppentherapie erfolgte nicht entsprechend der gesetzlichen Beauftragung, indem Hinweise aus der Literaturrecherche nicht dem Qualitätsmodell des QS-Verfahrens zugeordnet wurden bzw. ein entsprechender Bericht darüber fehlt. Darüber hinaus setzt das IQTIG normative Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie und Inhalte in medizinischen Leitlinien fälschlicherweise gleich. Dieser Schluss ist insofern nicht zulässig, da beide Informationsquellen unterschiedliche Zwecke verfolgen und sich nicht in gleichem Maße auf empirische Evidenz und klinische Expertise stützen. Im Falle einer erneuten Überprüfung der Übertragbarkeit des QS-Verfahrens auf die Gruppentherapie in der Zukunft sollte die Gleichsetzbarkeit von Einzel-

und Gruppentherapie durch eine eigene Recherche sowie Expertenberatungen konkret untersucht werden. Immer noch zu intransparent bleibt überdies die Darlegung der Daten, die im Rahmen von Expertenberatungen gewonnen werden. Hier wären umfassendere Angaben im Anhang der IQTIG-Berichte wünschenswert (zum Beispiel Aufschlüsselung der spezifischen Expertise einer jeden Expert\*in, Tabelle mit erhobenen Punktwerten für alle Eignungskriterien, schriftliches Protokoll der Diskussionen), die die Entscheidungen des IQTIG verständlich machen – insbesondere auch mit Blick darauf, dass dem Expertengremium bei der Entwicklung bzw. Überarbeitung von QS-Verfahren mitunter entscheidungsleitende Bedeutung zukommt. Fragwürdig ist ferner, dass das IQTIG im Rahmen der bisherigen Verfahrensentwicklung keine Verbesserungspotenziale für die Gruppentherapie, sehr wohl aber Verbesserungspotenziale für die Einzeltherapie in der ambulanten Versorgung ermittelte. Diese Diskrepanz erscheint unrealistisch und bedarf einer Erläuterung vonseiten des IQTIG. Ebenfalls steht eine Überprüfung aus, ob Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Risikoadjustierung des QS-Verfahrens genutzt werden können, da für diese bislang jegliches Konzept fehlt.

Im Ergebnis spricht sich die BpTK ebenfalls dafür aus, von einer Übertragbarkeit des QS-Verfahrens auf das Gruppensetting (einschließlich Kombinationstherapie) bis auf Weiteres abzusehen und das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie für das Einzelsetting (einschließlich der Systemischen Therapie) vor einer bundesweiten Einführung regional zu erproben. Im Falle einer erneuten Überprüfung der Übertragbarkeit des QS-Verfahrens auf die Gruppentherapie zu einem späteren Zeitpunkt empfiehlt die BpTK, die in dieser Stellungnahme aufgeführten Kritikpunkte zu berücksichtigen.

## Literatur

- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022a):  
Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie. Vorbericht, Stand: 25. Juli 2022. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht]
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021a):  
QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter, Abschlussbericht, Stand: 14. Juni 2021. Berlin: IQTIG. [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5351/2022-03-18\\_IQTIG-Veroeffentlichung-Abschlussbericht-ambulante-psychotherapeutische-Versorgung.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5351/2022-03-18_IQTIG-Veroeffentlichung-Abschlussbericht-ambulante-psychotherapeutische-Versorgung.pdf) (Zugriff am 25.08.2022)
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021b):  
Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter, Abschlussbericht, Stand: 15. Dezember 2021. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht]
- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie. In der Fassung vom 19. Februar 2009, geändert am 22. November 2020, in Kraft getreten am 18. Februar 2021. [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2400/PT-RL\\_2020-11-20\\_iK-2021-02-18.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2400/PT-RL_2020-11-20_iK-2021-02-18.pdf) (Zugriff am 21.08.2022)

## **Stellungnahme**

**der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie,  
Psychosomatik und  
Tiefenpsychologie e.V. (DGPT) zu**

**Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens zur am-  
bulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenver-  
sicherter**

**Vorbericht bezgl. der Prüfung, Überarbeitung sowie  
Weiterentwicklung des entwickelten Qualitätsmodells und  
Indikatorensets  
hinsichtlich der Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie und die  
Systemische Psychotherapie**

Der Geschäftsführende Vorstand der DGPT bedankt sich für die Möglich-  
keit, zum Vorbericht bzgl. der Prüfung, Überarbeitung sowie Weiterentwick-  
lung des entwickelten Qualitätsmodells und Indikatorensets hinsichtlich der  
Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie und die Systemische Psychothe-  
rapie des einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens zur ambulanten psy-  
chotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter Stellung  
nehmen zu können.

### **Zur Historie**

Im Mai 2018 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das Institut für  
Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beauf-  
tragt, ein einrichtungsübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren (QSV)  
zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenver-  
sicherter zu entwickeln, das diagnose- und verfahrensunabhängig ist, für  
Patientinnen und Patienten ab dem 18. Lebensjahr in psychotherapeuti-  
scher Kurzzeit- oder Langzeittherapie. Das QSV soll auf die Beurteilung der  
Prozessqualität und auf die Qualitätsförderung ausgerichtet sein und ggfls.  
Aspekte der Ergebnisqualität erfassen. Das QSV besteht aus einer Thera-  
peutenbefragung (Klassikteil) und einer Patientenbefragung.

Die DGPT hat zu dem vom IQTIG vorgelegten Vorbericht zum Klassikteil  
dieses Qualitätssicherungsverfahrens (QSV) und zum Zwischenbericht der

Patientenbefragung Stellung genommen. Inzwischen ist auch der Abschlussbericht des Klassikteils erschienen, zu dem keine angeforderte Stellungnahme möglich ist, zu dem wir dennoch an anderer Stelle Stellung nehmen werden.

Am 17. Juni 2021 wurde das IQTIG mit dem Projekt zur „Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ beauftragt. Die Beauftragung ist als Ergänzung der ursprünglichen Beauftragung vom 17. Mai 2018 zu verstehen und sieht eine Überprüfung sowie Überarbeitung des Qualitätsmodells und der Qualitätsindikatoren des vorgelegten „Klassik-Teils“ vor, wobei die Anforderungen an die Entwicklung aus der ursprünglichen Beauftragung weiterhin Gültigkeit haben. Das bedeutet, dass ausschließlich die Erwachsenenpsychotherapie, der ambulante Versorgungssektor sowie die vier Psychotherapie-Richtlinienverfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie) und die Gruppentherapie gesondert Inhalt der Beauftragung sind.

Die Beauftragung sieht im Detail folgende Inhalte vor: Das im Abschlussbericht vorgeschlagene Qualitätsmodell und Qualitätsindikatorenset soll hinsichtlich einer sinnvollen Erweiterung um Indikatoren zur Strukturqualität geprüft und gegebenenfalls weiterentwickelt werden. Zudem sollen die Qualitätsindikatoren auf ihre Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie und Systemische Therapie geprüft und gegebenenfalls weiterentwickelt werden. Die Prüfung und ergänzende Weiterentwicklung der bisherigen Qualitätsindikatoren kann gegebenenfalls dazu führen, dass einzelne Indikatoren gestrichen, modifiziert oder neu entwickelt werden. Ebenso gilt es die Zuschreibbarkeit der Leistung zu einem Leistungserbringer zu prüfen, da eine Gruppenpsychotherapie oder eine Kombinationstherapie auch in gemeinsamer Leitung erfolgen können.

Des Weiteren soll die Verfügbarkeit sowie Eignung von Sozialdaten bei den Krankenkassen als Datenquelle für das QS-Verfahren geprüft werden, um so den Dokumentationsaufwand für die Leistungserbringer so gering wie möglich zu gestalten und gleichzeitig auf die Datensparsamkeit zu achten. Für den Beauftragungsteil der Strukturqualität sollen gemäß Beauftragung unter Aufwand-Nutzen-Gesichtspunkten Doppelerhebungen und -dokumentationen aufgrund bereits bestehender normativer Regelungen vermieden werden. Explizit in die Bearbeitung mit einbezogen werden sollen die

Psychotherapie-Richtlinie, der Bundesmantelvertrag Anlage 1 (Psychotherapie-Vereinbarung), kammerrechtliche Bestimmungen sowie die Pflicht zur fachlichen Fortbildung nach § 95 d SGB V.

Zunächst war der Ergebnisbericht zur Bearbeitung des Beauftragungsteils zur Strukturqualität vorgelegt worden, in welchem das IQTIG seinen Schluss darstellte, dass keine weiteren Qualitätsindikatoren diesbezüglich zu entwickeln sind, zu dem die DGPT ebenfalls eine ausführliche Stellungnahme abgegeben hat. In der abschließenden Beurteilung des IQTIG sahen wir die Anerkennung, dass der psychotherapeutische Versorgungsbereich sich bereits durch eine hohe Strukturqualität auszeichnet. Die bisher gültigen Regelungen der Psychotherapierichtlinie zur Antrags- und Genehmigungspflicht psychotherapeutischer Leistungen sind ein unverzichtbarer Beitrag zur Strukturqualität, da sie gesicherte Rahmenbedingung durch fest zugesagte Kontingente und einen Schutz vor nachgelagerter Wirtschaftlichkeitsprüfung sicherstellen und mit dem Gutachterverfahren der Anspruch verankert ist, die Behandlungen im Bereich der LZT auf der Basis eines patientenspezifischen, strukturierten Behandlungsplanes zu beginnen. Auch nach Einführung eines QS-Systems sollten diese basalen Elemente der Strukturqualität in einer geeigneten Form erhalten bleiben.

Nunmehr wird der erneut umfangreiche Vorbericht bzgl. der Prüfung, Überarbeitung sowie Weiterentwicklung des entwickelten Qualitätsmodells und Indikatorensets hinsichtlich der Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie und die Systemische Psychotherapie vorgelegt, zu dem wir hiermit Stellung nehmen.

### **Stellungnahme der DGPT**

In unserer Stellungnahme unterscheiden wir zwischen dem Themenkomplex zur Systemischen Therapie (A) und dem Themenkomplex Gruppenpsychotherapie (B), da es sich hierbei um grundsätzlich unterschiedliche Kategorien handelt (erstere ist ein Psychotherapieverfahren, letztere unterscheidet sich wiederum in unterschiedliche Psychotherapieverfahren) und das IQTIG dazu auch zu unterschiedlichen Ergebnissen kommt.

## Systemische Psychotherapie

Wir stimmen mit dem Fazit des IQTIG, dass im Ergebnis das Qualitätsindikatorenset des entwickelten QS-Verfahrens uneingeschränkt auch für die Systemische Therapie anwendbar ist, prinzipiell überein, da es sich bei der systemischen Therapie um das vierte anerkannte Psychotherapieverfahren handelt; allerdings machen wir auch hier all unsere Bedenken und Einschränkungen (s.u.) geltend, die wir auch bezüglich der anderen drei Richtlinien-Verfahren (Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Analytische Psychotherapie) dargestellt haben.

### A. Gruppenpsychotherapie

Zur Gruppenpsychotherapie stellt das IQTIG fest:

„Die Gruppentherapie kann als eher randständig im Versorgungsgeschehen betrachtet werden...Im Sinne des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses kann vom IQTIG .. die **Übertragung der bestehenden Qualitätsindikatoren auf die Gruppentherapie (inkl. Kombinationstherapie) unter den derzeitigen Bedingungen nicht empfohlen werden.**“

Im Ergebnis empfiehlt das IQTIG, das Qualitätsindikatorenset 1.1 (IQTIG 2021c) nicht auf die ambulante Gruppenpsychotherapie (inkl. Kombinationstherapie) anzuwenden. Spezifische Qualitätsindikatoren konnten für dieses Therapiesetting aus den genannten Gründen ebenfalls nicht entwickelt werden

Für die Übertragbarkeit bzw. Anpassung des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie auf die Gruppenpsychotherapie kann das IQTIG bezüglich der dokumentationsbasierten Indikatoren keine Empfehlung aussprechen. Gründe hierfür sind die **fehlende Evidenz insbesondere zu spezifischen Verbesserungspotenzialen**, aber auch die bis dato noch „**geringe Relevanz der Gruppenpsychotherapie** in der Versorgung“.

Bzgl. der **fehlende Evidenz insbesondere zu spezifischen Verbesserungspotenzialen** möchte die DGPT die Frage aufwerfen, ob dies nicht auch gemahnt, bzgl. der Einzelbehandlungen die gleiche Feststellung einer fehlenden Evidenz insbesondere zu spezifischen Verbesserungspotenzialen erneut zu überprüfen?

## **Schritte bis zum Regelbetrieb**

Das IQTIG empfiehlt vor der bundesweiten Einführung des QS-Verfahrens einen regional begrenzten Regelbetrieb bzw. ein Modellprojekt mit einer größeren Anzahl an Patientinnen und Patienten bzw. Leistungserbringern und Leistungserbringern, um sowohl Fragen der verfahrenstechnischen Machbarkeit (insbesondere der Softwarelösungen zur Datenerhebung) zu prüfen als auch inhaltliche Aspekte im Rahmen einer umfassenden, wissenschaftlichen Begleitevaluation zu klären.

Die DGPT unterstützt diesen Ansatz insofern, als auch wir von Beginn an in all unseren Stellungnahmen auf die Notwendigkeit eines solchen Modellprojekts hingewiesen haben. (s.u.)

## **Grundsätzliche Feststellungen der DGPT**

**Psychotherapien sind hochkomplexe Behandlungen, deren Indikationen und Verläufe von einer Vielzahl immanenter, innerer und äußerer Faktoren abhängen. Wir bleiben letztlich bei unserer zu Beginn der Entwicklungsarbeit dieses QSV geäußerten Skepsis, ob der Anspruch, ein sinnvolles verfahrensübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter zu entwickeln, das der Qualitätsentwicklung dient, wirklich erfüllbar ist.**

Der G-BA hat den gesetzlichen Auftrag, die Qualität der im GKV System erbrachten Leistungen zu beurteilen und hieraus Folgerungen abzuleiten. Die von uns hoch geschätzte Qualitätssicherung wird seitens der Leistungserbringer in der Psychotherapie bereits umfänglich praktiziert und vom Berufsrecht auch gefordert. So wird selbstverständlich fallbezogen dokumentiert, und durch das aktuell noch gültige Gutachterverfahren werden z.B. Langzeittherapien umfänglich dargestellt und konzeptualisiert, durch Inter- und Supervisionen wird die individuelle Behandlungsqualität kontinuierlich überprüft und durch weitere Fortbildungsmaßnahmen unterstützt.

Insgesamt stellt sich die Frage, ob durch die Einführung der neu definierten Qualitätsindikatoren und Qualitätsmerkmale tatsächlich eine Verbesserung der Versorgung erzielt werden kann. Zum Qualitätsbegriff in der Psychotherapie verweisen wir auf unsere o.g. Stellungnahmen.

Wir konnten feststellen, dass von uns in unseren eingangs aufgeführten Stellungnahmen zu den Berichten des IQTIG definierte und betonte Parameter erneut berücksichtigt wurden und z.B. ein Bemühen um Datensparsamkeit und schlanke Bürokratie sichtbar werden.

Wir verweisen ferner auch weiterhin auf die von uns bereits formulierten Forderungen:

### **Forderungen:**

- **Vor der regelhaften Umsetzung des konzipierten QSV begrüßen wir eine geplante Machbarkeitsstudie in Form eines Modellprojektes und halten sie für erforderlich, um die Durchführbarkeit dieses QSV auf inhaltlicher, finanzieller, formaler, juristischer und datenschutzrechtlicher Ebene zu überprüfen und die jeweiligen Ergebnisse bei der weiteren Konzeption des QSV zu berücksichtigen.**
- **Da eine abschließende Einschätzung erst in der Zusammenschau beider Systeme, der Patientenbefragung und der Therapeutenbefragung, möglich sein wird, fordern wir die Möglichkeit einer umfassenden Stellungnahme nach dem Vorliegen beider Abschlussberichte bzw. des Gesamtberichtes.**
- **Eine Kosten-Nutzen-Analyse ist durchzuführen.**
- **Datensparsamkeit und alltagstaugliche Anwendung des QSV halten wir prinzipiell für notwendig.**
- **Insgesamt ist ein spezifisches Datenschutzkonzept wie auch ein spezifisches Datennutzungskonzept zu fordern.**

**Oberste Priorität sollte bei Überlegungen zur Einführung eines QSV in allen Belangen haben, dass es nicht zu einer Beeinträchtigung der Qualität der psychotherapeutischen Versorgung durch den Wegfall qualitätssichernder Instrumente und die Errichtung neuer Hürden kommt, die den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung erschweren.**

Wir bedanken uns ausdrücklich für die Sorgfalt und wissenschaftliche Prä-

zision, mit welcher auch dieser Vorbericht erstellt wurde, auch bzgl. der Darstellung des Gesamtprozesses und der ausführlichen Erörterung besonders der Gruppentherapie, wir wissen die immense Arbeit an diesem komplexen Sujet unbedingt zu schätzen.

Berlin, 04. September 2022

Der Geschäftsführende Vorstand der DGPT

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

Herrn

[Redacted]

IQTIG

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

10787 Berlin

Per Mail an:

[Redacted]

5. September 2022

## Vorbericht des IQTIG über die „Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung“

[Redacted]

die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) bedankt sich für die Möglichkeit, im Rahmen des Beteiligungsverfahrens zum Vorbericht des IQTIG „Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter“ Stellung zu nehmen.

Den vom IQTIG entwickelten Analysen und Empfehlungen im o.g. Vorbericht können wir ausdrücklich zustimmen. Im Einzelnen:

Die DGPM stimmt der Empfehlung des IQTIG (Kapitel 6) zu, dass das Indikatorensatz nicht auf die ambulante Gruppenpsychotherapie (inkl. Kombinationstherapie) anzuwenden ist. Wir schließen uns der auf dem Boden einer systematischen Literaturrecherche entwickelten Analyse an, dass nicht genügend wissenschaftliche Erkenntnisse im Bereich der Versorgungssituation sowie zu den Wirkfaktoren der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationstherapie) identifiziert werden können.

### Bundesvorstand

#### Vorsitzender

Prof. Dr. med. Hans-Christoph Friederich  
Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine  
Innere Medizin und Psychosomatik  
Universitätsklinikum Heidelberg  
Im Neuenheimer Feld 410, 69120 Heidelberg

#### Stellvertretende Vorsitzende

Dr. med. Gerhard Hildenbrand  
Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie Klinikum Lüdenschheid Paulmannshö-  
her Str. 14, 58515 Lüdenschheid

Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner  
Klinikdirektorin der Klinik für Psychosomatische Medi-  
zin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gus-  
tav Carus an der TU Dresden,  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

#### Past-Vorsitzender

Prof. Dr. med. Johannes Kruse  
Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatik  
und Psychotherapie des Universitätsklinikums  
Gießen und Marburg  
Friedrichstr. 33, 35392 Gießen

#### Beisitzer

Dr. med. Götz Berberich  
Psychosomatische Klinik Windach  
Schützenstraße 100, 86949 Windach

Dr. med. Nicola Blum  
Praxis für Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie  
Redlinger Straße 4 a, 49074 Osnabrück

Dr. med. Norbert Hartkamp  
Praxis für Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie  
Rheinstr. 37, 42697 Solingen

Prof. Dr. med. Florian Junne  
Direktor der Universitätsklinik für Psychosomatische  
Medizin und Psychotherapie  
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg  
Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg

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

#### Sprecher der Leitenden Hochschullehrer für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Prof. Dr. med. Peter Henningsen  
Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie  
Klinikum rechts der Isar der TU München  
Langerstr. 3, 81675 München

#### Geschäftsführerin

Dr. Christine Knigge  
Jägerstr. 51, 10117 Berlin  
Tel.: 030 20648243, Fax: 030 20653961  
c.knigge@dgpm.de

#### Geschäftsstelle

Jägerstr. 51, 10117 Berlin  
Tel.: 030 20648243, Fax: 030 20653961  
info@dgpm.de

#### www.dgpm.de

#### Bankverbindung

Bank für Sozialwirtschaft  
IBAN DE22 1002 0500 0001 2789 00  
BIC BFSWDE33BER

#### Steuernummer

27/640/61445

Wir stimmen auch der Empfehlung des IQTIG (Kapitel 8) zu, dass die Kombinationstherapie, die von zwei unterschiedlichen Leistungserbringern erbracht wird, aus dem QS-Verfahren ausgeschlossen werden sollte. Insbesondere ist bei der Kombinationstherapie, die von zwei unterschiedlichen Leistungserbringern erbracht wird, noch ungeklärt, wer für die verpflichtende QS-Dokumentation der Behandlung verantwortlich ist, an wen sich die Handlungsanschlüsse richten bzw. wer Adressat eines möglichen Stellungnahmeverfahrens wäre. Auch ist fraglich, wer im Fall des Stellungnahmeverfahrens Informationen und Daten über den Behandlungsfall kommunizieren und austauschen darf.

Wir danken dem IQTIG für die sorgfältige Erstellung des Vorberichts und stehen für weitere Rückfragen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Hans-Christoph Friederich

Prof. Dr. med. Johannes Kruse



Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie  
und Jugendmedizin e.V.

### **Deckblatt**

**zur Stellungnahme zum Vorbericht des IQTIG „Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden  
QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“**

Kontaktdaten:

Prof. Dr. med. Ute Thyen, Präsidentin

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin

Geschäftsstelle

Chausseestraße 128/129

10115 Berlin

[geschaeftsstelle@dgspj.de](mailto:geschaeftsstelle@dgspj.de)

[www.dgspj.de](http://www.dgspj.de)

Tel.: 030/40005886

Fax.: 030/40005887

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ)  
zum Vorbericht des IQTIG „Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens zur  
ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankversicherter“**

Die DGSPJ begrüßt die Bemühungen um eine verbesserte Gruppenpsychotherapie sehr und hält eine Ausweitung auf die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen für geboten.

Wir bitten um Berücksichtigung folgender Anmerkung:

3.1. S. 33 „Zusätzlich können für bis zu 100 Minuten je Krankheitsfall Bezugspersonen für Menschen mit einer geistigen Behinderung einbezogen werden.“

Kommentar DGSPJ: Aus unserer Sicht sollte der Umfang der Bezugspersonenarbeit im Ermessen des/der Psychotherapeut:in liegen und nicht nach oben limitiert sein. Menschen mit Intelligenzminderung benötigen unbedingt Unterstützung beim Transfer von Therapieinhalten in den Alltag. Wir empfehlen außerdem, den ICD-10-Begriff der Intelligenzminderung zu verwenden (statt den der geistigen Behinderung, der an mehreren Stellen im Dokument benutzt wird).

**Von:** [Kerstin Dittrich](#)  
**An:** [IQTIG\\_Verfahrensentwicklung](#)  
**Cc:** [Brigitte Gemeinhardt: "DGSF/ Bernhard Schorn"](#)  
**Betreff:** Stellungnahme der DGSF  
**Datum:** Mittwoch, 7. September 2022 11:18:37

---

Sehr geehrte Damen und Herren beim IQTIG,

liebe Frau Kollegin Gemeinhardt,

die DGSF unterstützt die Stellungnahme von Frau Dr. Gemeinhardt inhaltlich vollumfänglich. Frau Dr. Gemeinhardt spricht hinsichtlich des einrichtungübergreifende QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung auch im Namen der DGSF.

Leider war es uns aus technischen Gründen nicht möglich, fristgerecht eine offizielle Stellungnahme einzureichen. Bitte werden Sie diese Email als inhaltliche Unterstützung von Frau Dr. Gemeinhardt's Anmerkungen. Sollten Sie von uns noch eine formale Stellungnahme benötigen, wenden Sie sich gerne noch einmal an mich. Nach dem 18.9.2022 ist es uns wieder möglich, eine formale Stellungnahme zu versenden.

Hier der Wortlaut von Frau Dr. Gemeinhardt's Stellungnahme, der wir uns anschließen:

*Vielen Dank für die Möglichkeit einer Stellungnahme zu oben genannten Bericht.*

*Dazu möchte ich folgendes anführen:*

- 1. Sie beschreiben verschiedene Förderstrategien zur weiteren Etablierung von Gruppentherapie im psychotherapeutischen Angebot. Diesen von Ihnen aufgelisteten Möglichkeiten möchte ich in vollem Umfang zustimmen und freue mich, dass über die Erwähnung in diesem Kontext eine realistische Chance bestehen könnte, dass diese Punkte bei den Entscheidungsträgern Gehör finden werden.*
- 2. Ihrem Resumee, das die bereits erarbeiteten Qualitätsindikatoren für Einzeltherapie auch für die systemische Psychotherapie Anwendung finden kann, stimme ich ebenfalls zu. Allerdings gelten hier zudem natürlich auch die für die anderen Verfahren benannten Einschränkungen.*
- 3. Ich begrüße es sehr, dass Sie insgesamt zu dem Schluss kommen, die Etablierung von Qualitätsindikatoren für Gruppentherapie vorerst zurück zu stellen.*
- 4. Ihre Entscheidung, den Auftraggebern (aus all den von Ihnen benannten Gründen) vorerst vorzuschlagen, die bisher erarbeiteten Indikatoren und Umsetzungsschritte vorab in einem Modellprojekt zu prüfen finde ich richtig und gut. Dafür ein weiteres Dankeschön!*

Mit freundlichen Grüßen

im Auftrag des DGSF-Vorstands  
Kerstin Dittrich

Dipl.-Psych. Kerstin Dittrich  
Fachreferentin für Gesundheitspolitik  
– Systemische Psychotherapeutin in Ausbildung –

Handlungsfelder Psychotherapie, Psychiatrie, Gesundheitswesen

---

DGSF – Deutsche Gesellschaft für Systemische  
Therapie, Beratung und Familientherapie e. V.

██████████  
Postanschrift / Geschäftsstelle:

Jakordenstraße 23 | 50668 Köln

██████████ | [www.dgsf.org](http://www.dgsf.org)

---

vertreten durch den Vorstand:

Dr. Filip Caby (Vorsitzender), Anke Lingnau-Carduck (Vorsitzende)  
(gemeinsam oder je mit einem weiteren Vorstandsmitglied vertretungsberechtigt)

Sowie Dr. Astrid Beermann, Prof. Dr. Matthias Ochs, Matthias Richter

Registergericht: Amtsgericht Köln

Registernummer: VR 13566

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zur  
Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden  
Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten  
psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich  
Krankenversicherter**

Stand 25.07.2022

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik. Im Nachfolgenden nimmt der DPR Stellung zur „Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“.

Nach Prüfung der „Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter, Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie Vorbericht“, folgt der DPR der Empfehlung des IQTIG, der zufolge das Qualitätssicherungsverfahren „Ambulante Psychotherapie“ für die Einzelpsychotherapie angewendet werden kann, nicht aber auf die Gruppenpsychotherapie übertragbar ist.

Dies liegt u.a. auch daran, dass die ambulante Gruppenpsychotherapie derzeit noch sehr wenig zur Anwendung kommt, sodass keine breite wissenschaftliche Datenlage zur Verfügung steht.

Die Bewertung der Expert\*innen ist schlüssig und nachvollziehbar. Dennoch unterstützt der DPR hier den Vorschlag des IQTIG, demzufolge eine entsprechende Forschung gefördert und insbesondere die Hemmnisse zur Erbringung der ambulanten Gruppenpsychotherapie untersucht und entsprechende Anreize zur Erbringung initiiert werden sollen.

Die ambulante psychiatrische Pflege ist hier nur mittelbar betroffen. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass sich die in einer Gruppenpsychotherapie erworbenen sozialen Fertigkeiten positiv auf den weiteren Pflegeverlauf auswirken.

Berlin, 26.08.2022

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR  
Alt- Moabit 91  
10559 Berlin  
Tel.: + 49 30 / 398 77 303  
Fax: + 49 30 / 398 77 304  
E-Mail: [info@deutscher-pflegerat.de](mailto:info@deutscher-pflegerat.de)  
[www.deutscher-pflegerat.de](http://www.deutscher-pflegerat.de)

# STELLUNGNAHME DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG

ZUM VORBERICHT DES IQTIG „ÜBERARBEITUNG DES EINRICHTUNGS-  
ÜBERGREIFENDEN QUALITÄTSSICHERUNGS-VERFAHRENS ZUR  
AMBULANTEN PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG  
GESETZLICH KRANKENVERSICHERTER“ VOM 25.07.2022

DEZERNAT  
ÄRZTLICHE UND VERANLASSTE  
LEISTUNGEN

5. SEPTEMBER 2022

VERSION 1.0

# INHALT

---

<b>1.</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>3</b>
<hr/>		
<b>2.</b>	<b>ANMERKUNGEN ZUR ÜBERTRAGBARKEIT AUF DIE SYSTEMISCHE THERAPIE</b>	<b>3</b>
<hr/>		
<b>3.</b>	<b>ANMERKUNGEN ZUR ÜBERTRAGBARKEIT AUF DIE GRUPPENTHERAPIE</b>	<b>3</b>
<hr/>		
<b>4.</b>	<b>SONSTIGE UND REDAKTIONELLE ANMERKUNGEN</b>	<b>4</b>

## 1. EINLEITUNG

Die vorliegende Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) als zu beteiligende Organisation nach § 137a Abs. 7 SGB V bewertet den Vorbericht „Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter“ vom 25. Juli 2022. Das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) am 17. Juni 2021 beauftragt, seine Empfehlung zu dem Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter zu überarbeiten. Diese Beauftragung ist ergänzend zu der Beauftragung vom 17. Mai 2018 zu verstehen. Sie sieht eine Überprüfung sowie eine Überarbeitung des Qualitätsmodells (Q-Modells) und der Qualitätsindikatoren, eine Erweiterung um Indikatoren zur Strukturqualität und die Prüfung der Übertragbarkeit des Verfahrens auf Gruppenpsychotherapie und Systemische Therapie vor.

Der vorliegende Vorbericht adressiert die Prüfung der vom IQTIG entwickelten Qualitätsindikatoren auf ihre Übertragbarkeit auf die Gruppen- und Systemische Therapie. Der Abschlussbericht zur Prüfung einer Erweiterung des Qualitätsindikatorensatzes (QI-Sets) um Indikatoren zur Strukturqualität wurde vom IQTIG bereits am 31. Mai 2022 dem G-BA vorgelegt. Das IQTIG hatte empfohlen, keine Erweiterung des QI-Sets um Indikatoren zur Strukturqualität vorzunehmen.

## 2. ANMERKUNGEN ZUR ÜBERTRAGBARKEIT AUF DIE SYSTEMISCHE THERAPIE

Das IQTIG ist bereits im Abschlussbericht vom 14. Juni 2021 nach Beratungen mit dem Expertengremium zu dem Schluss gekommen, dass die Übertragbarkeit des QI-Sets auf die Systemische Therapie gegeben ist und sichert diese Einschätzung nun im vorliegenden Abschlussbericht methodisch mit einer systematischen Leitlinien- und Literaturrecherche unter Nutzung des PICO-Schemas und unter Einbeziehung bisheriger Erkenntnisse ab. Die KBV begrüßt dieses methodisch gründliche Vorgehen und wertet es als gutes Zeichen, dass auch die Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie diese Einschätzung in ihrer Stellungnahme zum Vorbericht „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter“ vom 22. März 2021 geteilt hat.

## 3. ANMERKUNGEN ZUR ÜBERTRAGBARKEIT AUF DIE GRUPPENTHERAPIE

Zur Frage der Übertragbarkeit des QI-Sets auf die Gruppentherapie hat das IQTIG ebenfalls eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt und zeigt die Limitationen der gefundenen Studien transparent auf. Es wird deutlich, dass es für die Gruppenpsychotherapie in Bezug auf die Patientenperspektive, die Versorgungssituation und die einzelnen Wirkfaktoren, Prädiktoren und unerwünschte Wirkungen, mit Ausnahme der durch den Innovationsfonds des G-BA geförderten Untersuchung zur Versorgungsrealität im Rahmen des SGB V, nur wenig belastbare Studien gibt. Auch die ausführlich beschriebene Studie des Innovationsfonds ist ihrerseits durch einen hohen Selektionsbias nur eingeschränkt auf die gesamte Versorgungssituation übertragbar.

Das IQTIG stellt fest, dass die verfügbaren Leitlinien keine spezifischen Empfehlungen für die Durchführung von Psychotherapien im Gruppensetting enthalten. Daher geht das IQTIG davon aus, dass die Leitlinienempfehlungen auf alle Settings der Psychotherapie, sowohl auf Einzeltherapien als auch Gruppenpsychotherapien, anwendbar seien, und dass das entwickelte Q-Modell damit grundsätzlich auch auf die Gruppenpsychotherapie übertragbar sei. Diese Schlussfolgerung greift aus Sicht der KBV zu kurz. Da, wie vom IQTIG dargestellt, die Gruppentherapie in der psychotherapeutischen Versorgung bisher eine untergeordnete Rolle gespielt hat, kann nicht davon ausgegangen werden, dass in den aktuellen Leitlinien bereits ein ausreichender Fokus auf die besonderen Anforderungen und Wirkfaktoren der

Gruppenpsychotherapie gelegt worden ist. Dafür spricht auch, dass die Literaturrecherche keine ausreichenden Erkenntnisse zur Versorgungssituation und zu den Wirkfaktoren der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting ergeben hat. Ein fehlender Hinweis für die Nichtübertragbarkeit des Q-Modells ist daher nicht gleichzusetzen mit einer festgestellten Evidenz, dass die für die Therapie im Einzelsetting entwickelten Qualitätsaspekte und -merkmale auch für die Therapie im Gruppensetting aussagekräftig sind.

Daher begrüßt die KBV, dass das IQTIG aufgrund dieser fehlenden Evidenz im Ergebnis keine Empfehlung für die Übertragbarkeit des QI-Sets auf die Gruppenpsychotherapie ausspricht. Diese Empfehlung wird auch durch das Expertengremium des IQTIG gestützt, das für keinen der bisher entwickelten Indikatoren ein Verbesserungspotential für Psychotherapien im Gruppensetting sieht.

Auch begrüßt die KBV, dass das IQTIG aufgrund der unzureichenden Studienlage ebenfalls keine Empfehlung zu einer Erweiterung des QI-Sets um spezifische Indikatoren nur für die Gruppenpsychotherapie ausspricht. Die Empfehlung des IQTIG erscheint folgerichtig und steht im Einklang mit dem Beschluss des G-BA über die Eckpunkte zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung vom 21. April 2022, in dem festgehalten ist, dass ein QS-Verfahren an bestehenden evidenten Qualitätsdefiziten ausgerichtet werden soll.

Die Einschätzung des IQTIG, dass eine Kombinationstherapie nicht dem einzelnen Psychotherapeuten zugeschrieben werden kann, teilt die KBV.

#### 4. SONSTIGE UND REDAKTIONELLE ANMERKUNGEN

Es wird vom IQTIG nachvollziehbar dargelegt, warum die Informationen aus den Sozialdaten für die Operationalisierung der Indikatoren nicht ausreichend sind und daher nicht genutzt werden sollen. Interessant wäre eine Prüfung der Sozialdatennutzung für Zwecke der Risikoadjustierung gewesen (z. B. medikamentöse Mitbehandlung oder Komorbiditäten). Diese Frage der Risikoadjustierung stellt sich aus Sicht der KBV insbesondere für die Indikatoren der Patientenbefragung.

Die KBV begrüßt, dass das IQTIG eine Erprobung des QS-Verfahrens in einem regional begrenzten Regelbetrieb empfiehlt und dessen Wichtigkeit auch für die Evaluation der inhaltlichen Ausgestaltung der Qualitätsindikatoren bei mangelnden Daten zum Verbesserungsbedarf in der ambulanten Psychotherapie hervorhebt. Diese Einschätzung unterstützt die KBV und fordert selbst seit längerem eine Erprobung des gesamten QS-Verfahrens in einem Modellprojekt, bevor es bundesweit eingeführt wird. Die Einschätzung des IQTIG zeigt ebenfalls auf, wie wichtig neben der Erprobung der technisch-organisatorischen Aspekte auch die Fokussierung auf inhaltliche Aspekte, wie z. B. die inhaltliche Validität der Indikatoren, die Risikoadjustierung oder die Referenzbereiche ist. Das IQTIG empfiehlt hierfür eine begleitende wissenschaftliche Evaluation der Erprobung im Peer-Review-Verfahren, welche die KBV ausdrücklich begrüßt.

Wichtig erscheinen der KBV die in diesem Bericht vom IQTIG angesprochenen möglichen Nebenwirkungen einer korrekt durchgeführten Psychotherapie. Diese Thematik sieht die KBV im Abschlussbericht zur Patientenbefragung bisher nicht abgebildet. Es bleibt daher die Frage offen, wie durch die Auswertungsmethodik zwischen einer korrekt ausgeführten Psychotherapie mit Nebenwirkung und einer Therapie mit Qualitätsdefiziten unterschieden werden kann.

Vorstand

Dr. Gregor Peikert, Präsident  
Margitta Wonneberger, Vizepräsidentin  
Dr. Sabine Ahrens-Eipper  
Barbara Breuer-Radbruch  
Hans-Jürgen Papenfuß  
Dr. Dietmar Schröder

Geschäftsführer

Dr. Jens Metge

## Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie

### Vorbericht

### Stellungnahme Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

05.09.2022

OPK

Goyastraße 2d, 04105 Leipzig  
Tel.: 0341-462432-0  
Fax: 0341-462432-19  
info@opk-info.de  
www.opk-info.de

Bankdaten

Deutsche Kreditbank AG Berlin  
IBAN: DE53 1203 0000 0010 8369 89  
BIC: BYLADEM1001

Telefonsprechzeiten Mo.-Do.

09.00 bis 12.00 Uhr  
12.30 bis 15.00 Uhr

Steuernummern

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

## Inhaltsverzeichnis

---

1. Auftrag	3
2. Grundsätzliche Bewertung des Expertengremiums und der Leitlinienrecherche	3
3. Erkenntnisse aus der Leitlinienrecherche, der systematischen sowie der orientierenden Literaturrecherche für das Qualitätsmodell	5
4. Ergebnisse des Expertengremiums zu den einzelnen Indikatoren	6
4.1 Qualitätsaspekt „Diagnostik“	6
4.2 Qualitätsaspekt „Therapiezielvereinbarung“	7
4.3 Qualitätsaspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“	8
4.4 Qualitätsaspekt „Kooperation“	9
4.5 Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“	10
4.6 Qualitätsaspekt „Outcome“	11
5. Allgemeine Hinweise des Expertengremiums zum QS-Verfahren	13
6. Überarbeitung und Ergänzung des Qualitätsmodells und des Qualitätsindikatorensatzes	13

## 1. Auftrag

---

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragte das IQTIG im Anschluss an die „Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensicherter“ mit der Überprüfung und Überarbeitung des Qualitätsmodells. Die Beauftragung beinhaltet zwei Teile. Im ersten Teil sollte das vorgeschlagene Qualitätsmodell und Qualitätsindikatorenset hinsichtlich einer sinnvollen Erweiterung um Indikatoren zur Strukturqualität geprüft und weiterentwickelt werden. Der entsprechende Ergebnisbericht wurde dem G-BA am 31. Mai 2022 übermittelt und enthielt die Empfehlung des IQTIG, keine Erweiterung des Indikatorensets um Indikatoren zur Strukturqualität vorzunehmen. Dieser Empfehlung konnte sich die OPK anschließen. Dazu verweisen wir auf unsere Stellungnahme vom 11.04.2022.

Ziel des zweiten Beauftragungsteils war es, die entwickelten Qualitätsindikatoren auf ihre Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie sowie die Systemische Therapie zu überprüfen und ggf. weiterzuentwickeln. Die Rahmenbedingungen der ursprünglichen Beauftragung wurden beibehalten:

- Das QS-Verfahren bezieht sich ausschließlich auf die Erwachsenenpsychotherapie,
- den ambulanten Versorgungssektor sowie
- die vier psychotherapeutischen Richtlinienverfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie) und
- soll diagnose- und therapieverfahrensunabhängig sein.

## 2. Methodisches Vorgehen: Bewertung der Leitlinienrecherche und des Expertengremiums

---

### Vorgehen im Rahmen der Leitlinienrecherche

Im Rahmen Screenings der Leitlinien wurden 1.565 Treffer eingeschlossen, nach dem ersten Prüfschritt verblieben 88 Leitlinien und wurden in das Volltext-Screening eingeschlossen. Im Rahmen dieses vertiefenden Prüfungsprozesses wurden 75 Leitlinien aus- und 13 Leitlinien eingeschlossen (APA 2019, Bandelow et al. 2021, DGKJP et al. 2017, DGPPN 2019, DGPPN et al. 2021, NICE 2018, NICE 2020c, NICE 2020a, NICE 2020b, NICE 2020d, NICE 2021, UMHS 2021, VA/DoD 2017). Bei den verbleibenden Leitlinien handelt es sich um vier nationale S3-Leitlinien (AWMF) (Bandelow et al. 2021, DGKJP et al. 2017, DGPPN 2019, DGPPN et al. 2021) und neun internationale Leitlinien (NICE 2018, NICE 2020c, NICE 2020a, NICE 2020b, NICE 2020d, NICE 2021, APA 2019, UMHS 2021, VA/DoD 2017).

Von diesen 13 Leitlinien enthalten

- 11 Leitlinien Empfehlungen zur Gruppentherapie (APA 2019, Bandelow et al. 2021, DGPPN et al. 2021, DGKJP et al. 2017, NICE 2020d, UMHS 2021, VA/DoD 2017, NICE 2021, NICE 2020b, NICE 2020c, NICE 2020a),
- eine Leitlinie Empfehlungen bezüglich der Kombinationstherapie (Bandelow et al. 2021) und
- drei Leitlinien Empfehlungen zur Systemischen Therapie (Bandelow et al. 2021, DGPPN 2019, NICE 2018).

**Position der OPK:** Das methodische Vorgehen zum Einschluss relevanter Leitlinien wird transparent und nachvollziehbar dargestellt. Jedoch erscheint die Aussagekraft der extrahierten Leitlinien explizit für Hinweise auf die Sicherung der Qualität einer Gruppentherapie zumindest diskussionswürdig, da die moderate oder starke Empfehlung einer Gruppentherapie zur Behandlung einer psychischen Störung mehr auf deren generelle Wirksamkeit verweist, als Aufschluss über deren Qualität im Einzelfall erlaubt. Darüber hinaus scheint es eine generelle und unter Umständen systematische Unterrepräsentation von Empfehlungen für Gruppentherapie in deutschsprachigen und internationalen Leitlinien zu geben, trotzdem vielfältige Evidenz für ihre Wirksamkeit existiert, worauf auch Strauß und Kollegen verweisen (vgl. Strauss et al., 2020).

### **Mitglieder des Expertengremiums, Ausgewogenheit, Zusammenarbeit IQTIG**

Als Kriterien für die Auswahl der Expertinnen und Experten für das Expertengremium „Ambulante Psychotherapie“ wurde auf die persönliche Qualifikation, die Ausgewogenheit hinsichtlich der Berufsgruppen (Fachärztinnen/Fachärzte; Psychologinnen/Psychologen; Wissenschaftlerinnen/Wissenschaftler), des Versorgungsbereiches (ambulant sowie geographisch) und der beruflichen Tätigkeitsschwerpunkte (praktisch/klinisch oder theoretisch/wissenschaftlich) geachtet.

**Position der OPK:** Der Einbezug eines Expertengremiums zur Bewertung und Einordnung der Erkenntnisse aus den Recherchen und den erarbeiteten Qualitätsindikatoren ist ein geeignetes Mittel für die vorliegenden komplexen Fragestellungen. Insbesondere die ausgewogene Verteilung der vier Therapieverfahren und die ausgewogene Mischung von Praktikern und Wissenschaftlern ermöglichte eine intensive und produktive Zusammenarbeit. Den Expertinnen und Experten wurde über den gesamten Prozess die Möglichkeit gegeben, Anregungen, Kritik und Diskussionsbeiträge einzubringen. Diese wurden umfänglich in den vorliegenden Vorbericht aufgenommen.

Im Bericht fehlen jedoch bedauerlicherweise die statistische Auswertung (Mittelwerte, Verteilung) der Abstimmungsergebnisse der Expertinnen und Experten zu den einzelnen Indikatoren. Da diese insbesondere in Prozessen, die auf sukzessive Konsensbildung gerichtet sind, die Entwicklung des Ergebnisses nachvollziehbar machen, regen wir an, die statistische Auswertung in den Bericht aufzunehmen. Die Expertenabstimmung als zentrale Grundlage des Berichtes zu wählen und gleichzeitig auf eine deskriptive Darstellung ebendieser Abstimmung zu verzichten beeinträchtigt die Nachvollziehbarkeit des Berichtes erheblich.

### 3. Erkenntnisse aus der Leitlinienrecherche, der systematischen sowie der orientierenden Literaturrecherche für das Qualitätsmodell

---

Für die Entwicklung des Qualitätsmodells im Rahmen der ersten Beauftragung wurden Informationen aus Leitlinien, Literatur und Fokusgruppen genutzt (IQTIG 2019b: 54 f.). Für die Prüfung der Übertragbarkeit des Qualitätsmodells auf die Gruppentherapie (inkl. Kombinationstherapie) und die Systemische Therapie wurde auf die Erkenntnisse aufgebaut und diese aktualisiert. Weiterhin wurde nach konkreten Kontraindikationen für die Anwendung der Gruppentherapie inkl. Kombinationstherapie und die Systemische Therapie gesucht. Darüber hinaus wurde die Fragestellung adressiert, ob sich weitere spezifische Qualitätsaspekte für die Gruppentherapie ableiten lassen.

Das IQTIG kommt zu der Einschätzung, dass keine Hinweise auf eine mögliche Kontraindikation bzgl. der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationstherapie) und der Systemischen Therapie gefunden werden konnte. Weiterhin stellt das IQTIG fest, dass sich die Erkenntnisse aus der systematischen Literaturrecherche zur Patientenperspektive nicht für die Ableitung weiterer Qualitätsaspekte eignen.

**Anmerkung der OPK:** Die Erkenntnis, dass in keiner der bisherigen Leitlinien Kontraindikationen für eine gruppentherapeutische Behandlung erwähnt werden impliziert keineswegs, dass keinerlei Kontraindikationen bestehen. Für spezifische Patientengruppen kann eine Gruppentherapie überfordernd sein oder aber der Schweregrad der Störung kann dazu führen, dass der Patient/die Patientin nicht mit mehreren Personen gleichzeitig interagieren kann. Dies kann beispielsweise bei vorliegendem Mutismus oder Autismus und Patienten mit Impulskontrollstörungen der Fall sein. Eine patientenindividuelle Prüfung durch die behandelnde Psychotherapeutin/den behandelnden Psychotherapeuten, ob eine Gruppentherapie indiziert/kontraindiziert ist, ist unerlässlich.

**Durch das IQTIG konstatierte Limitationen:** Als Ergebnis der systematischen Literaturrecherche stellte das IQTIG fest, dass ein Mangel an wissenschaftlichen Erkenntnissen bzgl. der Versorgungssituation sowie zu den Wirkfaktoren der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationstherapie) sowie bzgl. der Systemischen Therapie besteht. Weiterhin mangelt es an Studien aus dem hiesigen Versorgungssystem und die wenigen vorliegenden Studien schließen häufig nur wenige Patientinnen und Patienten ein.

**Anmerkung der OPK:** Aus Sicht der OPK ist der Forschungsstand bzgl. der Gruppentherapie nicht ganz so bescheiden. Auch wenn sicherlich weiterer Forschungsbedarf besteht, existieren sowohl bzgl. der Wirkungsweise und Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer als auch psychodynamischer Gruppentherapien eine beträchtliche Zahl an wissenschaftlichen Studien (e.g. Strauss et al. 2020). Durch Gruppenpsychotherapie kann eine Vielzahl von psychischen Störungen bei unterschiedlichen Patientengruppen effektiv und ökonomisch behandelt werden. Die Ergebnisse der Metaanalysen ergeben hierbei Effektstärken zwischen .70 und .90. Die erfolgreiche Durchführung von Gruppentherapien ist dabei unabhängig vom Setting (stationär, teilstationär oder ambulant; Marwitz, 2016).

Bzgl. der systemischen Gruppentherapie waren größer angelegte Studien aufgrund der erst vor Kurzem erfolgten Aufnahme als EBM-Leistung kaum umsetzbar. Hier ist also dringend weiterer Forschungsbedarf gegeben.

## 4. Ergebnisse des Expertengremiums zu den einzelnen Indikatoren

---

Das Expertengremium war aufgefordert, die Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren des im Rahmen der ersten Beauftragung erstellten Indikatorensets anhand der klassischen Kriterien

- „Potenzial zur Verbesserung“,
- „Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer“,
- „Unabhängigkeit von der spezifischen Diagnose“ und
- „Unabhängigkeit vom angewandten psychotherapeutischen Verfahren“

bzgl. der Gruppentherapie einzuschätzen. Diese Bewertungen sowie die Anmerkungen in den Freitextfeldern wurden in den Treffen des Expertengremiums diskutiert. Die Ergebnisse der beiden Expertengremien werden im Folgenden zum jedem einzelnen Qualitätsindikator dargestellt und eingeordnet.

### 4.1 Qualitätsaspekt „Diagnostik“

---

#### **Indikator 1: Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen (13 Datenfelder)**

Die quantitative Bewertung der Expertinnen und Experten wies für diesen Qualitätsindikator auf **kein Verbesserungspotenzial für die Gruppentherapie** hin. Die übrigen Kriterien bewerteten mindestens 75 % der Expertinnen und Experten mit einem Wert von 7 oder höher (Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer“, „Unabhängigkeit von der spezifischen Diagnose“ und „Unabhängigkeit vom angewandten psychotherapeutischen Verfahren“).

Die Expertinnen und Experten merkten im Gremium an, dass die Diagnostik für die Feststellung der Eignung zur Gruppentherapie im Einzelsetting durchgeführt werde. Die Diagnostik innerhalb des Gruppensettings sei davon zu unterscheiden. Letzteres finde laut einem Teil des Expertengremiums zudem nicht in störungsspezifischen Gruppen statt, da die Diagnostik das Eintrittskriterium zur diagnosespezifischen Gruppe darstelle. Im Hinblick auf die Operationalisierung sei zudem zu hinterfragen, was genau gemessen werden solle, da es keine harten Indikationskriterien für die Gruppentherapie gebe.

**Position der OPK:** Umfassende diagnostische Gespräche, die die Indikation einer psychotherapeutischen Behandlung an sich und die Prüfung der Indikation für eine einzel- und/oder gruppenpsychotherapeutische Behandlung erfolgen grundsätzlich im Einzelsetting im Rahmen von Sprechstunde und Probatorik. Auch aus Sicht der OPK ergibt sich aus gruppenpsychotherapeutischen diagnostischen Gesprächen mit Erfassung behandlungsrelevanter Dimensionen kein signifikantes Verbesserungspotenzial für die Gruppentherapie.

## **Indikator 2: Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten (7 Datenfelder)**

Im Rahmen der quantitativen Bewertung sahen die Expertinnen und Experten in diesem Qualitätsindikator **kein Verbesserungspotenzial für die Gruppentherapie**. Auch die Unabhängigkeit von einer spezifischen Diagnose sowie vom angewendeten psychotherapeutischen Verfahren sah das Gremium insgesamt als **nicht gegeben** an, wobei die Einschätzungen hier einer breiten Streuung unterlagen.

**Position der OPK:** Die Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Gruppensetting ist bzgl. der Objektivität, Reliabilität und Validität der diagnostischen Instrumente im klinischen Setting wenig erforscht. Auch die praktische Durchführung scheint als Standard über alle Therapieverfahren hinweg im Gruppensetting nur schwer anwendbar. Auch aus Sicht der OPK ergibt sich aus der patientenindividuellen Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten im Gruppensetting kein signifikantes Verbesserungspotenzial für die Gruppentherapie.

### **4.2 Qualitätsaspekt „Therapiezielvereinbarung“**

---

#### **Indikator: Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen (2 Datenfelder)**

Weniger als 75% der Expertinnen und Experten bewerteten für diesen Qualitätsindikator den Verbesserungsbedarf und die Unabhängigkeit vom angewandten psychotherapeutischen Verfahren für die Gruppentherapie im quantitativen Bewertungsbogen mit 7 oder höher. Damit sah das Expertengremium **für die Gruppentherapie kein Verbesserungspotenzial**.

Das Expertengremium konstatierte, dass die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut im Rahmen der Krankenbehandlung zwangsläufig ein Ziel verfolgen müsse. Die Therapieziele würden in der Verhaltenstherapie ausdrücklich besprochen. In anderen Therapieverfahren sei dies wegen der potenziellen Beeinflussung des Therapieverlaufs und -ergebnisses nicht immer sinnvoll.

Vor dem Hintergrund der Systemischen Therapie wiesen die Expertinnen und Experten darauf hin, dass hier auch die Auftragsklärung zu Beginn der Therapie zusätzlich als Therapiezielvereinbarung verstanden werden könnte. Teile des Gremiums gaben zu bedenken, dass die Festlegung eines Therapieziels in allen Therapieverfahren zwar grundsätzlich möglich sei, die Patientin bzw. der Patient aber nicht darauf festgelegt werden solle, da sich die Ziele im Laufe der Therapie ändern könnten.

**Position der OPK:** Die gemeinsame Entwicklung patientenindividueller Therapieziele (mittels Erarbeitung, Reflexion und Konsentierung) ist ein essenzieller Bestandteil einer psychotherapeutischen Behandlung. Es handelt sich grundsätzlich um einen Prozess, der über den gesamten Therapieverlauf hinweg fortgeführt und angepasst wird. Dies gilt auch für eine gruppenpsychotherapeutische Behandlung.

### 4.3 Qualitätsaspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“

---

#### Indikator 1: Reflexion des Therapieverlaufs (5 Datenfelder)

Für den Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs“ sah das Expertengremium in der quantitativen Bewertung für die Gruppentherapie nur die Zuschreibbarkeit der Verantwortung als gegeben an. Alle anderen Kriterien wurden von weniger als 75 % der Expertinnen und Experten mit 7 oder höher bewertet. Nach Expertenmeinung liegt in diesem Qualitätsindikator **für die Gruppentherapie demnach kein Verbesserungspotenzial** vor.

Das Vorgehen bei der Therapiereflexion innerhalb einzelner Verfahren könne sich unterscheiden, so die Expertinnen und Experten. Es sei zweifelsfrei so, dass die mit der Therapie eingeschlagene Richtung – sowohl für die Gruppen- als auch die Kombinationstherapie – grundsätzlich geprüft werde.

**Position der OPK:** Die Reflexion des Therapieverlaufes ist ein essenzieller Bestandteil einer psychotherapeutischen Behandlung und erfolgt über den gesamten therapeutischen Prozess hinweg. Dies gilt auch für eine gruppenpsychotherapeutische Behandlung.

#### Indikator 2: Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf (7 Datenfelder)

Das Expertengremium gab im quantitativen Bewertungsbogen für den Qualitätsindikator an, für die Gruppentherapie einzig das Kriterium der Verantwortungszuschreibung als gegeben zu betrachten. Alle anderen Kriterien wurden von der Mehrheit der Expertinnen und Experten mit einem Wert von weniger als 7 bewertet, so dass auch für diesen Qualitätsindikator in der **Gruppentherapie kein Verbesserungspotenzial** gesehen wurde. Die Bewertungen für das Kriterium der Verfahrensunabhängigkeit streuten dabei stärker als in anderen Kriterien und Qualitätsindikatoren.

**Position der OPK:** Die Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Gruppensetting ist bzgl. der Objektivität, Reliabilität und Validität der diagnostischen Instrumente im klinischen Setting wenig erforscht. Auch die praktische Durchführung scheint als Standard über alle Therapieverfahren hinweg im Gruppensetting nur schwer anwendbar. Auch aus Sicht der OPK ergibt sich aus der patientenindividuellen Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten im Gruppensetting kein signifikantes Verbesserungspotenzial für die Gruppentherapie.

#### 4.4 Qualitätsaspekt „Kooperation“

---

##### **Indikator: Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten (15 Datenfelder)**

Im Rahmen der quantitativen Bewertung der Expertinnen und Experten im Bewertungsbogen sah das Gremium nur die Verfahrensabhängigkeit bei diesem Qualitätsindikator für die Gruppentherapie als gegeben an. Die übrigen Kriterien wurden von weniger als 75 % der Expertinnen und Experten mit einem Wert von mindestens 7 bewertet, sodass **kein Verbesserungspotenzial für die Gruppentherapie** angenommen werden kann.

Mehrere Mitglieder des Expertengremiums gaben zu bedenken, dass eine patientenindividuelle Absprache und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten nicht in allen Fällen sinnvoll sei. Es sei bei medikamentös gut eingestellten und kooperierenden Patientinnen und Patienten nicht indiziert, sich mit allen Behandelnden auszutauschen, und könne beispielsweise in unterversorgten, ländlichen Gebieten zu einer zusätzlichen Belastung der bereits stark beanspruchten Fachärztinnen und Fachärzte führen.

**Position der OPK:** Kooperation mit anderen Behandlern, die über den Konsiliarbericht hinausgeht, ist in der Psychotherapie nicht regelhaft bei allen Patienten notwendig. Ob eine Kooperation mit anderen an der Behandlung Beteiligten notwendig ist, hängt von verschiedenen Faktoren ab und muss im Einzelfall patientenindividuell geprüft werden. Das für die einzeltherapeutische Behandlung benannte Qualitätsziel *„In möglichst vielen Fällen soll zum Zwecke der Behandlungsplanung und -koordination ein Austausch mit anderen an der Behandlung der Patientin / des Patienten Beteiligten stattfinden“* ist als Ziel für alle behandelten Fälle fragwürdig. Es fehlt der wissenschaftliche Beleg, dass es sich hier um ein grundsätzliches Qualitätsmerkmal (über alle Patienten hinweg) handelt. Darüber hinaus liegt die Möglichkeit der angemessenen Umsetzung der Kooperation oft außerhalb der Kontrolle des Psychotherapeuten, bzw. der Psychotherapeutin. Wir weisen hier erneut darauf hin, dass gerade in den fünf Bundesländern der OPK unter anderem Fachärzte nicht immer und allerorten verfügbar sind.

Daher schließen wir uns diesbezüglich der Einschätzung des Expertengremiums an.

## 4.5 Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“

---

### Indikator 1: Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie (5 Datenfelder)

Die Expertinnen und Experten bewerteten die Verantwortungszuschreibung, die Diagnose- sowie die Verfahrensabhängigkeit für diesen Qualitätsindikator in der Gruppentherapie im quantitativen Bewertungsbogen als gegeben. Für die Bewertungen zur Diagnoseabhängigkeit ließ sich eine breitere Streuung beobachten als bei anderen Kriterien und Qualitätsindikatoren. Einzig das **Verbesserungspotenzial wurde für die Gruppentherapie** als nicht vorhanden bewertet.

Abschlussgespräche fanden standardmäßig im Gruppen- und Einzelsetting statt, in der Gruppe werde besprochen, inwieweit die Patientin ihre bzw. der Patient seine Ziele umsetzen konnte. Bei der Kombinationstherapie solle ein Austausch zwischen den Behandelnden erfolgen, um die Abschlussgespräche aufeinander abzustimmen.

**Position der OPK:** Die Reflexion des Therapieverlaufes hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie ist ein essenzieller Bestandteil einer psychotherapeutischen Behandlung. Dies gilt auf für eine gruppenpsychotherapeutische Behandlung.

### Indikator 2: Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses der Therapie (5 Datenfelder)

Während die Expertinnen und Experten das **Verbesserungspotenzial dieses Qualitätsindikators für die Gruppentherapie als nicht vorhanden** bewerteten, zeigten sich mindestens 75 % des Gremiums im quantitativen Bewertungsbogen überzeugt davon, dass der Qualitätsindikator in den übrigen Kriterien auf die Gruppentherapie übertragbar sei. Das Expertengremium verwies darauf, dass die Rezidivprophylaxe im Rahmen der Gruppentherapie schwierig umzusetzen sei, da die Gruppentherapie nicht ausgeschlichen werden könne. Die Expertinnen und Experten merkten an, dass die Fokussierung des Qualitätsindikators auf das Ende der Therapie auch für die Einzeltherapie nicht sinnvoll sei, da bereits im Verlauf der Behandlung geprüft werde, ob und welche Maßnahmen notwendig seien. Zu beachten sei jedoch, dass das regionale Versorgungsangebot einen begrenzenden Faktor in der Auswahl weiterführender Maßnahmen darstelle.

**Position der OPK:** Die Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses wurde bereits in unserer Stellungnahme zur Entwicklung von Kriterien im Rahmen der Einzelpsychotherapie kritisch beleuchtet. Auch für das gruppenpsychotherapeutische Setting sehen wir kein signifikantes Verbesserungspotenzial.

#### 4.6 Qualitätsaspekt „Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie“

---

##### **Indikator: Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Behandlung (7 Datenfelder)**

Im Bewertungsbogen gaben die Expertinnen und Experten nur der Verantwortungszuschreibung mehrheitlich einen Wert von mindestens 7. Für alle anderen Kriterien konnten sich im Gremium keine Mehrheiten für die Übertragbarkeit des Qualitätsindikators auf die Gruppentherapie finden, sodass **kein Verbesserungspotenzial** festgestellt wurde.

**Position der OPK:** Die Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Behandlung ist ein essenzieller Bestandteil einer psychotherapeutischen Behandlung. Dies gilt auch für eine gruppenpsychotherapeutische Behandlung. Dies bedeutet nicht, dass hieraus abgeleitet werden kann, dass für die Erfassung des Behandlungsergebnisses spezifische Erfassungsinstrumente vorgeben werden sollten, da es hier je nach Verfahren fachlich gut begründete Unterschiede gibt. Dass dies jedoch in einer dem jeweiligen Verfahren gemäßen Form erfolgen sollte, ist unabdinglicher Teil der Qualitätssicherung.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass eine gruppenpsychotherapeutische Behandlung auch negative Effekte haben kann. An dieser Stelle sei ein historischer Rückblick auf die Erkenntnisse zur Wirkung und Auswirkungen der Gruppenpsychotherapie erlaubt. Bereits Fiedler (2005) wies ausführlich darauf hin, dass die Freisetzung gruppenspezifischer Prozesse insbesondere schwerer gestörte und interaktionell dysregulierte Patienten mitunter affektiv stark erschüttern kann.

Befunde der 90er Jahre zeigten auf, dass insbesondere dann, wenn es den Therapeuten nicht gelingt, ungünstige gruppenspezifische Verwicklungen hilfreich aufzulösen oder diese grundsätzlich abzuwenden, bestimmte Patienten nicht profitieren oder gar Schaden nehmen können (Bednar & Kaul, 1994). Bereits in den 70er Jahren zeigten Liebermann und Kollegen, dass sich ungünstige Entwicklungen selbst dort beobachten ließen, wo professionelle Therapeuten Gruppen mit nicht psychisch gestörten Menschen durchführten (Lieberman et al., 1973). Annähernd 10 Prozent aller an verschiedenen professionell geleiteten Therapiegruppen teilnehmenden (psychisch zuvor nicht gestörten) Studierenden entwickelten im Verlauf der Gruppen eine substantielle psychische Störung. Diese Störungen ließen sich u.a. auf gravierende Therapeutenfehler im Umgang mit ungünstigen gruppenspezifischen Entwicklungen zurückführen. Auch wenn 50 Jahre alte Studien nicht ohne weiteres auf das aktuelle Gesundheitswesen übertragen werden können, lehren sie uns, nicht nur die beachtliche und wissenschaftlich belegte Effektivität unserer Behandlungen zu würdigen, sondern stets einen verantwortungsvollen und sorgfältigen Blick auf die Fälle und Konstellationen zu werfen, die nicht den erwünschten Erfolg erzielen oder sich gar negativ entwickeln.

Der Großteil der Publikationen zu unerwünschten Nebenwirkungen von Psychotherapie beziehen sich auf Einzel- und nicht auf Gruppenpsychotherapie (siehe Linden & Strauß, 2013, Märten & Petzold, 2002, Mätzold, 2016). Bei 10 bis 22 % der einzeltherapeutisch behandelten Patienten ist mit negativen Therapieeffekten zu rechnen (Grawe et al, 1994; Shapiro & Shapiro, 1982, Ludwig, Rief & Nestoriuc, 2014; Nestoriuc, 2015). Inwieweit sich diese Angaben auch auf die Gruppenpsychotherapie übertragen lassen, ist bisher nicht hinreichend gut untersucht. Es ist jedoch anzunehmen, dass die Auftretenswahrscheinlichkeit negativer Therapieeffekte in der gruppenspezifischen Behandlung bzw. in der Kombinationstherapie mindestens genauso hoch oder möglicherweise höher liegen als dies bei der Einzeltherapie der Fall ist. Die hierzu vorliegenden Angaben variieren zwischen 16 und 50 % (Strauß & Burlingame, 2012). Das unterschiedliche Setting legt ein unterschiedliches Nebenwirkungsprofil nahe, wobei die Komplexität und

Dynamik möglicher Einflussfaktoren im Falle der Gruppenpsychotherapie deutlicher höher ausfallen dürfte als es bei der Einzeltherapie der Fall ist (Mätzold, 2016).

Bezogen auf die Fragestellung des vorliegenden Berichts implizieren diese Erkenntnisse zusammenfassend ein komplexeres und andere Einflussfaktoren berücksichtigendes Qualitätsmodell für die Gruppenpsychotherapie.

Strauss und Kollegen (2020) stellen ausführlich die aktuelle Forschungslage zur Wirkungsweise der Gruppenpsychotherapie sowie deren Effizienz und Möglichkeiten der Erfassung von Prozessvariablen dar. Es liegen mittlerweile eine Vielzahl von randomisiert kontrollierten Studien zur Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapie vor. Dies ist zum einen auf die lange Forschungstradition in der Gruppenpsychotherapie und zum anderen auf die wachsende Bedeutung evidenzbasierter Standards zurückzuführen. Um deren Ergebnisse auch mithilfe qualitativ hochwertiger Metaanalysen zusammenzufassen, wurde 2013 – 2016 das Projekt „Systematic reviews and meta-analyses of small group treatment of mental disorders“ (SMARAGD) durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) und den Deutschen Akademischen Austauschdienst (DAAD) gefördert.

Im Rahmen dieses Forschungsprojekts entstanden insgesamt 11 Metaanalysen, in denen 329 randomisiert kontrollierte Studien (mit 370 Vergleichen zwischen Gruppentherapie und verschiedenen Kontrollgruppen) und über 27.000 Patienten und Patientinnen berücksichtigt wurden. Insgesamt liegen für 10 verschiedene Störungsbilder Zusammenfassungen der Evidenz zur Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapie aus randomisiert kontrollierten Studien (RCT) vor (ausführlich bei Strauss, 2020). Im Vergleich mit unbehandelten Kontrollgruppen (u. a. Wartelisten, Minimalkontaktbedingungen) konnten für Angst- und Zwangsstörungen sowie für Depression große Effekte von Gruppenpsychotherapie bei der Reduktion der störungsspezifischen Symptomatik nachgewiesen werden. Für Essstörungen sowie für posttraumatische Belastungsstörung fanden sich entsprechende mittelgroße Effekte, während für substanzinduzierte Störungen und Schizophrenie kleine Effekte gezeigt wurden. Im Vergleich zu stationärer oder ambulanter Standardbehandlung ließen sich bei Depression, bipolarer Störung und Borderline- Persönlichkeitsstörung signifikante Vorteile der Gruppenpsychotherapie in Höhe mittlerer bis großer Effekte auf die störungsspezifische Symptomatik nachweisen.

Gruppenpsychotherapie stellt folglich ein effektives und ökonomisches Verfahren dar (ausführliche Übersicht bei Strauss, 2020; Marwitz, 2016). Sie ermöglicht eine erfolgreiche Behandlung bei einer Vielzahl von psychischen Störungen.

Dennoch darf sich die Profession nicht der Vorstellung hingeben, dass bei einer gruppenpsychotherapeutischen Behandlung oder einer Kombinationsbehandlung niemals ein Qualitätsmangel vorliegen würden und grundsätzlich keinerlei Verbesserungspotenzial bestünde. Es ist eine grundsätzliche und dringliche Aufgabe der Profession, ein qualitätsprüfendes und -sicherndes Vorgehen zu entwickeln, mit dessen Hilfe es gelingen kann, über alle vier Verfahren hinweg negative Verläufe zu erkennen und dazu beizutragen, die Zahl dieser Fälle zu verringern. Dazu wird insbesondere gehören, ein konstruktives, dem Berufsstand gemäßes und von diesem mitgetragenes Vorgehen zu entwickeln, wie ein gegebenenfalls festgestellter Qualitätsmangel behoben werden kann. Dieses Modell sowie das zugehörige Vorgehen muss sich von dem in der Einzeltherapie unterscheiden, da die Gruppenpsychotherapie über eine deutlich höhere Komplexität und Dynamik möglicher Einflussfaktoren verfügt.

## 5. Allgemeine Hinweise zum QS-Verfahren des Expertengremiums

---

Das Expertengremium wies darauf hin, dass die Evidenz für den Verbesserungsbedarf für das gesamte QS-Verfahren schwach sei. Bereits für die Einzeltherapie gebe es keine belastbare Datengrundlage, sondern nur Erkenntnisse aus den Fokusgruppen. Die Qualitätsindikatoren müssten daher zunächst einer modellhaften Prüfung unterzogen werden, um weitere Daten zu gewinnen. Das Gremium konstatierte, das Verfahren stoße auf wenig Akzeptanz unter den Leistungserbringern, da bislang nicht genügend Aufklärung betrieben worden sei. Zudem bestehen Sorgen, ob der erforderliche Datenschutz ausreichend gewährleistet werde.

Für die Systemische Therapie sah auch dieses Expertengremium keine weiteren Einschränkungen in der Einzeltherapie (vgl. auch IQTIG 2021b).

**Position der OPK:** Angesichts der hohen praktischen Relevanz des Qualitätssicherungsverfahrens in der ambulanten Psychotherapie einerseits und der Komplexität des Versorgungsgeschehens in Kombination mit mitunter lückenhafter Empirie andererseits, unterstützen wir den sowohl vom IQTIG als auch vom Expertengremium vorgelegten Vorschlag einer modellhaften Erprobung in einer ausgewählten Region für mehrere Jahre **ausdrücklich**. So kann das Verfahren unter Praxisbedingungen erprobt und Rahmenbedingungen der Durchführung (bspw. in Bezug auf eine angemessene Unterstützung durch entsprechende Software) weiterentwickelt und Fehlerquellen beseitigt werden. Erst dann sollte das QS-Verfahren schlussendlich ausgerollt werden.

## 6. Überarbeitung und Ergänzung des Qualitätsmodells und des Qualitätsindikatorensets

---

Aus Sicht des IQTIG ließen sich aus der Literaturrecherche weder neue Qualitätsanforderungen noch Hinweise auf einen Verbesserungsbedarf in der deutschen ambulanten psychotherapeutischen Versorgung mit Gruppenpsychotherapie (inkl. Kombinationstherapie) oder Systemischer Therapie gewinnen, die eine Anpassung des Qualitätsmodells mit Blick auf die dokumentationsbasierten Indikatoren begründet hätten.

Im Rahmen der Prüfung der den Qualitätsindikatoren zur ambulanten Psychotherapie im Einzelsetting zugrundeliegenden Leitlinien konnten durch das IQTIG keine Hinweise auf eine mögliche Kontraindikation der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationstherapie) und der Systemischen Therapie gefunden werden. Bei der sich daran anschließenden kriteriengeleiteten Prüfung der Übertragbarkeit dieser Indikatoren auf die Gruppenpsychotherapie konnte aus Expertensicht bei keinem der Qualitätsindikatoren ein Verbesserungspotenzial mit Blick auf die Gruppenpsychotherapie identifiziert werden. Im Ergebnis empfiehlt das IQTIG, das Qualitätsindikatorensatz 1.1 (IQTIG 2021c) nicht auf die ambulante Gruppenpsychotherapie (inkl. Kombinationstherapie) anzuwenden. Spezifische Qualitätsindikatoren konnten für dieses Therapiesetting aus den genannten Gründen ebenfalls nicht entwickelt werden.

Für die Systemische Therapie erfolgte eine Prüfung sowohl der Anwendbarkeit der den Qualitätsindikatoren zugrundeliegenden Qualitätsmerkmale als auch der konkreten Operationalisierung der Qualitätsindikatoren bereits im Rahmen der Entwicklung des Indikatorensatzes 1.1 (IQTIG 2021c). Das IQTIG empfahl daraufhin das Qualitätsindikatorensatz uneingeschränkt auch für die Systemische Therapie (IQTIG 2021b). Das für die vorliegende Beauftragung einberufene neue Expertengremium bestätigte diese Empfehlung.

## Position der OPK:

**Systemische Therapie:** Bzgl. der Systemischen Therapie möchten wir auf unsere bisherigen Stellungnahmen verweisen.

**Gruppenpsychotherapie:** Auch, wenn unsere Position bei einzelnen Qualitätsaspekten in Bezug auf deren Potenzial, die Qualität der Gruppentherapie zu verbessern von der Einschätzung des Expertengremiums abweicht, so unterstützen wir dennoch die vom IQTIG getroffene Schlussfolgerung, dass das für die Einzeltherapie erarbeitete Qualitätsmodell sowie das dazugehörige Qualitätsindikatorenset nicht auf die Gruppentherapie Anwendung finden sollte.

Dies begründet sich in erster Linie mit ihrer nach wie vor geringen quantitativen Relevanz im Versorgungsgeschehen, so dass fundierte Erkenntnisse zu die Qualität beeinflussende Faktoren empirisch schwer gezeigt werden können. Dies wurde in den zurückliegenden Jahren zusätzlich durch die Corona-Pandemie erschwert, die Gruppentherapien erst nahezu unmöglich machten und später erschwerten. Es bedarf also insbesondere auf dem Feld der Versorgungsforschung mehr breit angelegter Studien auf der Basis einer größeren Grundgesamtheit.

Entgegen der im vorliegenden Bericht vorgebrachten Annahme, dass es kaum Studien zu Wirkmechanismen und Wirksamkeit von verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Gruppentherapien gibt, gibt es hierzu unseres Wissens durchaus einige relevante und hochwertige Studien (s.o.), jedoch wie erwähnt keine Versorgungsstudien. Daraus ergibt sich unserer Auffassung nach die Notwendigkeit, dass zukünftig erneut die Entwicklung spezifischer Qualitätsindikatoren für die Gruppentherapie in Angriff genommen werden sollte. Dabei sollten ausgehend von aus der Literatur abgeleiteten theoretischen Konzepten Qualitätsindikatoren abgeleitet und operationalisiert werden, um sie anschließend zunächst modellhaft zu erproben.

Die in vorgelegtem Bericht breit besprochene Studie von Christoffer et al. (2021) vermag bedauerlicherweise wenig Substantielles zum eigentlichen Thema der Qualität von Gruppentherapie beizutragen. Sie liefert jedoch am Ende Hinweise für mögliche Ausgangspunkte für eine erneute vertiefte Beschäftigung, in dem sie konstatiert, dass spezifisch für die Gruppentherapie bestehende Barrieren vor allem in mangelnder patientenseitiger Motivation und Teilnahmebereitschaft, Schwierigkeiten in der Herstellung der Gruppenkohäsion, eigene Unsicherheiten in der Gruppenleitung sowie fehlende kollegiale Vernetzung und Supervisions- und Interventionsmöglichkeiten bestehen. Das Expertengremium bestätigt diese Einschätzung.

Hieraus ergeben sich unserer Meinung nach sehr gute Ansatzpunkte zur weiteren Befassung in der Zukunft. Verbunden mit der Hoffnung, dass es in einigen Jahren außerdem mehr durchgeführten Gruppentherapien sowie einer verbesserten Studienlage (Versorgung) geben wird, regen wir an, unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus der modellhaften Erprobung des QS-Verfahrens in der Einzeltherapie das Thema unter Berücksichtigung der von uns benannten seit vielen Jahren bekannten Wirkfaktoren aber auch unerwünschten Effekten erneut zu adressieren.

**Grundsätzliche Erwägungen:** Bereits in den vorausgegangenen Stellungnahmen gab die OPK zu bedenken, dass es für das erarbeitete Qualitätssicherungsinstrument selbst keine empirischen Erkenntnisse geben kann. Derzeit muss deshalb unklar bleiben, ob es sich tatsächlich um eine sinnvolle Herangehensweise handelt.

Es bleibt also eine langfristige Aufgabe der Profession, die wir sehr ernst nehmen sollten, qualitätssichernde Interventionen sowohl für das Einzel- als auch das Gruppensetting zu entwickeln.

Die datenschutzrechtlichen Bedenken müssen auch aus unserer Sicht dringend geklärt werden. Wir sind unseren Patientinnen und Patienten zu einer sorgfältigen und sicheren Verarbeitung ihrer Daten verpflichtet - aus berufs- und sozialrechtlichen Gründen, jedoch vor allem aus ethischen Gründen. Die Erprobung des bereits entwickelten Qualitätsmodells in einer Modellphase und einer Modellregion halten wir grundsätzlich für sinnvoll.

Wir möchten an dieser Stelle bereits zu bedenken geben, dass in unseren fünf Bundesländern nach wie vor eine spezielle Versorgungssituation besteht, deren Besonderheiten (insbesondere im ländlichen Raum) unbedingt Berücksichtigung finden müssen.

Grundsätzlich sollten wir in unseren Überlegungen zur Qualität der psychotherapeutischen Versorgung nicht bei retrospektiven Betrachtungen und damit dem Versuch, Fehler zu entdecken und zukünftig zu vermeiden, stehenbleiben. Vielmehr sollten Instrumente zur Qualitätssicherung auch dazu beitragen, prospektiv die Qualität des psychotherapeutischen Handelns systematisch zu verbessern. Dabei sollten Vertreter und Vertreterinnen unserer Profession aus Praxis und Forschung über den gesamten Prozess hinweg kontinuierlich und intensiv einbezogen werden.

Bei dieser systematischen Betrachtungsweise sollten immer auch die verschiedenen Facetten und Definitionen des Qualitätsbegriffs selbst in die Weiterentwicklung der Instrumente einfließen. So findet psychotherapeutische Versorgung immer in einem Gesundheitssystem statt, das die Möglichkeiten der einzelnen Behandlerin/des einzelnen Behandlers bestmögliche Entscheidungen zu treffen, fördern oder auch einschränken kann.

Weiterhin gibt es innerhalb der Professionen zahlreiche Möglichkeiten, zur Qualitätssicherung beizutragen und diese weiterzuentwickeln. In einem komplexen Geschehen mit zahlreichen einander beeinflussenden Variablen ist es wichtig, den Fokus weder zu sehr auf Prozesse, noch auf eindimensionale Ergebnisse zu richten. Ein solches Ansinnen wird bei der unüberschaubaren Vielzahl an Behandlungsentscheidungen und Einzelfallkonstellationen in der realen psychotherapeutischen Versorgungssituation nicht zum gewünschten Ergebnis führen.

Es existieren bewährte Methoden innerhalb der Professionen, zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung beizutragen. Dazu gehören zum Beispiel die Verpflichtung zu kontinuierlicher Fortbildung und bewährten Konzepten zu fachlichem Austausch sowie der Rolle der Heilberufekammern bei der Entwicklung und Überwachung von Standards in Berufsrecht und Berufsethik. Denn die Kompetenz und Expertise in Handeln und Entscheiden der verantwortlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist letztlich ein entscheidender Garant für eine hohe Qualität in der Psychotherapie.

Vor diesem Hintergrund ist es unabdingbar, in der Weiterentwicklung unserer Qualitätssicherungsinstrumente, Erkenntnisse aus Forschung und Handlungspraxis des Berufsstandes selbst einzubringen, um auf dieser Basis unser Wissen weiterzuentwickeln und systematische Fehlerquellen auch außerhalb des psychotherapeutischen Prozesses zu benennen und zu beheben.

Leipzig, den 05.09.2022

Für die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer



Dr. Gregor Peikert

Präsident

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Goyastraße 2d

04105 Leipzig

████████████████████

Fax 0341 462 432 19

E-Mail: [info@opk-info.de](mailto:info@opk-info.de)

Präsident: Dr. Gregor Peikert

Vizepräsidentin: Margitta Wonneberger

Geschäftsführer: Dr. Jens Metge



**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht:  
Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten  
Psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter: Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf  
die Gruppentherapie**

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen zum  
Vorbericht:**

**„Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden  
Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen  
Versorgung gesetzlich Krankenversicherter.**

**Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie“**

(Stand 25. Juli 2022)

**AnsprechpartnerInnen:**

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

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

Cordula Mühr, MD MPH, Sozialverband Deutschland (SoVD), [REDACTED]



**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht:  
Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten  
Psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkassenversicherter: Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf  
die Gruppentherapie**

## Inhaltsverzeichnis

- 1. Auftrag des IQTiG und methodisches Vorgehen ..... 3
  - 1. Auftrag des IQTiG..... 3
  - 2. Methodisches Vorgehen ..... 4
- 2. Ergebnisse und Empfehlungen ..... 5
  - 1. Ergebnisse der systematischen Leitlinienrecherche und der systematischen  
Literaturrecherche ..... 5
  - 2. Ergebnisse des Expertengremiums ..... 5
  - 3. Verantwortungszuschreibung bei unterschiedlichen Leistungserbringern in der Gruppen-  
und Kombinationstherapie ..... 8
  - 4. Nutzbarkeit von Sozialdaten bei den Krankenkassen ..... 9
- 4. Schritte bis zum Regelbetrieb..... 11
- 5. Fazit ..... 11
- 6. Literatur: ..... 13

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht:**

**Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten**

**Psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter: Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie**

## **1. Auftrag des IQTiG und methodisches Vorgehen**

### **1. Auftrag des IQTiG**

Im November 2019 wurden durch das Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung Änderungen in § 92 Absatz 6a sowie § 136a Absatz 2a SGB V vorgenommen, die in ihren Vorgaben über die Beauftragung des IQTiG vom 17. Mai 2018 (GBA 2018) hinausgehen. Insbesondere wird die Abbildung gruppentherapeutischer Leistungen in der Psychotherapie gefordert. In der bisherigen Beauftragung lag der Fokus auf PatientInnen, die eine psychotherapeutische Kurz- oder Langzeittherapie im Einzelsetting in Anspruch nehmen (IQTiG 2021b). Darüber hinaus wurde die Systemische Therapie erst nach der Beauftragung vom 17. Mai 2018 als neues Richtlinienverfahren in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen. Daher muss im Rahmen dieser Beauftragung auch geprüft werden, ob die bisherigen Entwicklungen ebenfalls im Weiteren auf die Systemische Therapie übertragbar sind oder eine Überarbeitung vorgenommen werden muss (GBA 2021).

Im Rahmen der vorliegenden Beauftragung sind aus diesem Anlass die Qualitätsindikatoren hinsichtlich ihrer **Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie und die Systemische Therapie** zu prüfen und ggf. weiterzuentwickeln. Im Rahmen der Prüfung und ergänzenden Weiterentwicklung der bisherigen Qualitätsindikatoren wurde die Option eröffnet, einzelne Indikatoren zu streichen, zu modifizieren oder neu zu entwickeln. Aufgrund der Möglichkeit, eine Gruppen- oder Kombinationstherapie in gemeinsamer Leitung zweier Leistungserbringer zu erbringen, gilt es ebenso, die **Zuschreibbarkeit der Leistung zu den Leistungserbringern** zu überprüfen. Dem Gebot der Datensparsamkeit und der Minimierung des Dokumentationsaufwands soll Rechnung getragen werden, indem die **Verfügbarkeit sowie Eignung von Sozialdaten bei den Krankenkassen** als Datenquelle für das QS-Verfahren geprüft werden. Zudem soll entsprechend der Beauftragung auch die Übertragbarkeit auf die Systemische Therapie geprüft werden. Hier ist darauf hinzuweisen, dass das IQTiG die Indikatoren bereits in seinem Abschlussbericht vom 14. Juni 2021 auch für die Anwendung auf die Systemische Therapie empfiehlt. Dies bedeutet, dass im Folgenden primär auf die Gruppenpsychotherapie eingegangen wird.

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht:

Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten

Psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter: Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie

## 2. Methodisches Vorgehen

*„Auf Basis der Erkenntnisse aus der Konzeptstudie und der Indikatorenentwicklung wurde eine erneute systematische Leitlinien- und Literaturrecherche durchgeführt, um einen ersten Anhaltspunkt für die Beurteilung der Übertragbarkeit des bestehenden Qualitätsmodells und des vorgelegten Qualitätsindikatorensets auf die Gruppentherapie (inkl. Kombinationstherapie) und die Systemische Therapie zu bekommen. Es wurden Fragestellungen zu Standards, Patientenperspektive, Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen recherchiert. Die recherchierten Informationsquellen wurden auf Hinweise auf eine mögliche Kontraindikation für die Durchführung einer Gruppentherapie (inkl. Kombinationstherapie) oder Systemischen Therapie untersucht. Die extrahierten Leitlinienempfehlungen und Hinweise aus der Literatur wurden dahingehend geprüft, ob sie dem Qualitätsmodell zugeordnet werden können und ob sich ggf. neue Qualitätsaspekte für die Gruppentherapie (inkl. Kombinationstherapie) und / oder die Systemische Therapie formulieren lassen.*

*Abschließend wurde ein Expertengremium konsultiert, um die Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren auf die Gruppentherapie (inkl. Kombinationstherapie) und die Systemische Therapie anhand der Kriterien „Verbesserungsbedarf“, „Verantwortungszuschreibung“, „Verfahrensunabhängigkeit“ und „Diagnoseunabhängigkeit“ zu prüfen. Das Expertengremium setzte sich 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 der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V des G-BA sowie von Selbsthilfeorganisationen zusammen. Die Ergebnisse und Erkenntnisse aus den genannten Informationsquellen bildeten die Grundlage für die Diskussion und Beratung mit dem Expertengremium.“*

**Die Patientenorganisationen begrüßen die Einsetzung und die Zusammensetzung des Expertengremiums sowie insbesondere die Einbeziehung von drei PatientenvertreterInnen aus dem G-BA und zwei weiteren Experten mit Erfahrungskompetenz.**

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht:

Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten

Psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter: Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie

## 2. Ergebnisse und Empfehlungen

### 1. Ergebnisse der systematischen Leitlinienrecherche und der systematischen Literaturrecherche

*„Im Rahmen der systematischen Recherchen wurden für die Leitlinien 1.565 und für Publikationen zur Patientenperspektive 9.166, zur Über-, Unter- und Fehlversorgung 1.848 und zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschten Wirkungen 2.283 Treffer gefunden. Nach Titel- und Abstract-Screenings und Screenings der Volltexte verblieben 13 Leitlinien und 10 Studien für weitere Analysen. Für Literatur im Bereich der Versorgungssituation sowie zu den Wirkfaktoren der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting bzw. der Systemischen Therapie konnten keine Publikation und in der orientierenden Literaturrecherche konnte eine Publikation eingeschlossen werden.“ (S. 4)*

*„Alle eingeschlossenen Leitlinien enthalten diagnosespezifische Empfehlungen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie. Die Empfehlungen bestätigen die Gleichstellung der Therapieverfahren und Therapiesettings der Psychotherapie-Richtlinie. Es konnten keine Kontraindikationen für die Gruppentherapie (inkl. Kombinationstherapie) und die Systemische Therapie abgeleitet werden, die gegen eine Übertragbarkeit des Qualitätsmodells sprechen. Die Erkenntnisse aus der systematischen Literaturrecherche zur Patienten-perspektive eignen sich nicht für die Ableitung weiterer Qualitätsaspekte. Sie könnten möglicherweise für die Entwicklung einer Patientenbefragung näher geprüft werden.“ (S. 5)*

**Die Patientenorganisationen begrüßen die umfassende Leitlinien- und Literaturrecherche. Sie unterstützen den Vorschlag, die Erkenntnisse aus der systematischen Literaturrecherche zur Patientenperspektive für die Entwicklung einer Patientenbefragung zu nutzen.**

### 2. Ergebnisse des Expertengremiums

*„Während die Expertinnen und Experten keine Bedenken hinsichtlich der Übertragbarkeit auf die Systemische Therapie äußerten, ergab die Diskussion und abschließende Bewertung im Bewertungsbogen zur Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren auf die Gruppentherapie (inkl. Kombinationstherapie), dass kein Verbesserungsbedarf identifiziert werden konnte. Die Bewertung*

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht:

Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten

Psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter: Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie

*des Expertengremiums zu den Kriterien der Verantwortungszuschreibung, Diagnoseunabhängigkeit und Verfahrensunabhängigkeit war heterogen, sodass die Eignung der Qualitätsindikatoren für die Gruppentherapie (inkl. Kombinationstherapie) nicht angenommen werden konnte“.*

Die Patientenorganisationen vermissen eine **ausführlichere Darlegung, warum nach Meinung und Analyse des IQTiG das Expertengremium die Merkmale Verantwortungszuschreibung, Diagnoseunabhängigkeit und Verfahrensunabhängigkeit derart heterogen beurteilt hat.** Konnte ausgeschlossen werden, dass die Heterogenität der Beurteilung auch durch methodische Einflüsse mitbedingt ist?

**Die Patientenorganisationen bitten das IQTiG um Darlegung der vorgebrachten inhaltlichen Bedenken der ExpertInnen sowie der expliziten Bewertung und abgeleiteten Schlussfolgerungen des IQTiG in seinem Abschlussbericht.**

Das IQTiG beschreibt auf den S. 52 in der einbezogenen Literatur gefundene negativ wahrgenommen Aspekte der Gruppentherapie. **Negative Wirkungen der Gruppentherapie werden auch in Deutschland immer mal wieder berichtet.**<sup>1</sup> „Patienten erleben in der Konfrontation mit anderen Patienten, wie schlimm psychische Erkrankungen sein können, beziehen dies auf sich selbst und leiten daraus ab, wie wenig gegebenenfalls dagegen getan werden kann“, berichten die Autoren dieser Studie und schlussfolgern daraus, dass PatientInnen von PsychotherapeutInnen über mögliche Nebenwirkungen vor einer Gruppentherapie aufgeklärt werden sollten.

**Die Patientenorganisationen bitten deshalb das IQTiG um Prüfung und Darlegung des Prüfungsergebnisses in seinem bevorstehenden Bericht zur Überprüfung der Patientenbefragung in Hinblick auf Gruppentherapie und Systemische Therapie dahingehend, ob die Frage nach einer solchen expliziten Aufklärung zur Gruppentherapie in das Befragungsinstrument aufgenommen werden kann bzw. sollte.**

<sup>1</sup> Linden M, Walter M, Fritz K, Muschalla B: Unerwünschte Therapiewirkungen bei verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie. Nervenarzt 2015; 86(11): 1371–82.

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht:**

**Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten**

**Psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter: Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie**

Die Patientenorganisationen gehen davon aus, dass negative Therapieerfahrungen, z. B. mit der Gruppentherapie, zu **vorzeitigen Therapieabbrüchen** sowohl von Seiten der PatientInnen als auch der TherapeutInnen führen können. Nicht nur die Patientenorganisationen haben das Verständnis, dass Abbrüche in der Psychotherapie implizit eine Art Kritik der PatientInnen beinhalten.<sup>2</sup>

In Hinblick auf die Patientenbefragung empfiehlt das IQTiG derzeit leider, PatientInnen, die die Psychotherapie vorzeitig beendet haben, nicht in die Patientenbefragung mit einzubeziehen: Diese PatientInnen sollen demgemäß nach Therapieende und Kodierung der GOP Zusatzziffern 88130 oder 88131 anhand des Datenfeldes 38 „Grund der Beendigung dieser Richtlinientherapie“ der entwickelten fallbezogenen QS-Dokumentation der Leistungserbringer im QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie vor (IQTIG 2021c) selektiert und ausgeschlossen werden.

Die Einbeziehung und explizite Betrachtung von Therapieabbrüchen böte jedoch aus Sicht der Patientenorganisationen die Möglichkeit von stratifizierten Auswertungen nach diversen Kriterien wie z. B. auch der Verfahrensart „Gruppentherapie“. Zwar können die Gründe eines vorzeitigen Therapieendes sowohl positiv (Therapieerfolg frühzeitiger als erwartet) als auch negativ (Verfahren individuell ungeeignet, Begleitumstände ungeeignet etc.) sein und lassen sich im Rahmen des Classic-Verfahrens nicht weiter unterscheiden. Solche auffälligen Ergebnisse zum frühzeitigen Therapieende aus dem Classic Verfahren bieten sich aber sehr gut an als Ansatzpunkt und Auslöser für Patientenbefragungen, um so deren qualitätsrelevante Hintergründe zu identifizieren und Verbesserungen einzuleiten. Vor diesem Hintergrund wäre es aus Sicht der Patientenorganisationen eine vertane Chance, die Gruppentherapie aus dem Classic-Verfahren auszuschließen (Siehe dazu auch den Exkurs weiter unten).

**Die Patientenorganisationen bitten das IQTiG daher um Prüfung und ergänzende Darstellung im Abschlussbericht zum Aspekt der Einbindung der Gruppentherapie in das klassische QS-Verfahren unter dem Gesichtspunkt des vorzeitigen Therapieendes.**

<sup>2</sup> <https://www.aerzteblatt.de/archiv/175334/Abbrueche-in-der-Psychotherapie-Eine-Art-der-Kritik-der-Patienten>

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht:

Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten

Psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter: Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie

#### Exkurs: Vorzeitiges Therapieende in der Patientenbefragung

Darüber hinaus bitten die Patientenorganisationen das IQTiG im Rahmen der Prüfung und Überarbeitung der Patientenbefragung um ergänzende Ausführungen dazu, ob Therapieabbrüche in die QS-Auslösung einbezogen werden sollen bzw. welche Vor- und Nachteile ggf. eine Fokussierung der gesamten Befragung auf Therapieabbrüche haben würde. In diesem Zusammenhang wird es ferner gebeten darzulegen, ob und in welchem Ausmaß der derzeit vorgeschlagene Ausschluss der „Abbrecher“ auf Grundlage des vom Therapeuten zu dokumentierenden Datenfeldes 38 anfällig für eine Verzerrung sein könnte und wie dem methodisch entgegenzuwirken wäre.

Weil PatientInnen, die ihre Psychotherapie abbrechen, damit zwar ggf. nicht alle Fragen zu den verschiedenen Phasen der Psychotherapie beantworten könnten, müssten für diesen Fall eigene Items vorgesehen werden.

Die Patientenorganisationen bitten daher das IQTiG bei der Prüfung und Überarbeitung der Patientenbefragung auch um Darlegung dessen, ob für diese Fälle (Therapie-Abbrüche gemäß Datenfeld 38 der entwickelten fallbezogenen QS-Dokumentation der Leistungserbringer im QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie, IQTiG 2021c) gesonderte Befragungs-Items entwickelt werden können bzw. sollten.

### 3. Verantwortungszuschreibung bei unterschiedlichen Leistungserbringern in der Gruppen- und Kombinationstherapie

*„Weil bei der Kombinationstherapie, die von zwei unterschiedlichen Leistungserbringern erbracht wird, derzeit die Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer nicht möglich ist, sollte diese aus dem QS-Verfahren ausgeschlossen werden. Bei der Gruppentherapie, die von zwei Leistungserbringern zusammen erbracht wird, ist die Verantwortungszuschreibung jedoch möglich, da hier die Verantwortlichkeit für die jeweiligen Patienten und Patientinnen innerhalb der Gruppe festgelegt ist.“ (S. 6)*

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht:**

**Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten**

**Psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkassenversicherter: Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie**

**Die Patientenorganisationen können die Vorschläge des IQTIG zur Verantwortungszuschreibung, insbesondere bzgl. der Gruppentherapie, nachvollziehen.**

#### **4. Nutzbarkeit von Sozialdaten bei den Krankenkassen**

*„Die Prüfung der Verwendung von Sozialdaten bei den Krankenkassen für das QS-Verfahren ergab, dass die Mehrheit der Abrechnungsziffern geeignet ist, die Anzahl, den Zeitpunkt und die Art der psychotherapeutischen Sitzungen abzubilden. Diese Informationen sind für die Operationalisierung der Qualitätsindikatoren jedoch nicht erforderlich. Für spezifische Gebührenordnungspositionen (GOP), etwa Hypnose oder übende Interventionen, wurden keine Qualitätsmerkmale für eine Operationalisierung abgeleitet. Mithilfe der übrigen, spezifischen GOP lässt sich nur ein Bruchteil der inhaltlichen Anforderungen der jeweiligen Indikatoren abbilden bzw. sie enthalten – auch in Kombination – nicht alle für die Qualitätsindikatoren erforderlichen Informationen. Infolgedessen sind die Abrechnungsdaten, die bei den Krankenkassen vorliegen, für die Operationalisierung des empfohlenen Qualitätsindikatorenset nicht nutzbar.“ (S. 6)*

**Die Patientenorganisationen teilen einerseits die Einschätzung des IQTIG hinsichtlich der Frage der Nutzbarkeit von Sozialdaten bei den Krankenkassen.**

##### **Exkurs Kostenerstattungsverfahren:**

Die Patientenorganisationen würden es andererseits außerordentlich begrüßen, wenn die PatientInnen, die unter den Bedingungen der Kostenerstattung eine ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen haben, in das gesamte QS-Verfahren einbezogen würden. Aus Sicht der anspruchsberechtigten bzw. sie in Anspruch nehmenden PatientInnen sollten sich sowohl die Auswahl der Therapieform als auch die Qualifikation der TherapeutInnen bei Therapien unter den Bedingungen der Kostenerstattung qualitativ nicht unterscheiden zu dem Angebot gemäß der Regelversorgung. Dennoch liegen hierzu derzeit weder quantitativ noch qualitativ valide Daten vor. Gemäß einer aktuellen Umfrage der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) wurden 2021 48 Prozent aller entsprechenden Anträge von den Krankenkassen abgelehnt, obwohl sie laut Sozialgesetzbuch verpflichtet sind, eine selbst beschaffte Psychotherapie in einer Privatpraxis

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht:**

**Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten**

**Psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter: Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie**

zu erstatten, wenn PatientInnen zuvor keinen Platz in einer Vertragspraxis finden konnten. Dennoch sei die mittlere Ablehnungsrate sowohl beim Erstantrag als auch nach einem ersten Widerspruch weiter gestiegen. Die Patientenorganisationen gehen davon aus, dass den Krankenkassen die Anzahl der Anträge auf Kostenerstattungsverfahren bekannt ist, diese aber seit einigen Jahren nicht mehr veröffentlicht werden. Dabei geben diese Anträge einen Hinweis auf das zentrale Qualitätsdefizit der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, welches bisher bei der Verfahrensentwicklung noch nicht berücksichtigt wurde: die mangelnde Zugänglichkeit für PatientInnen.<sup>3</sup> Anträge und Ablehnungsquoten sollten aus Sicht der maßgeblichen Patientenorganisationen bei den Krankenkassen erhoben und zumindest als Kennzahl im Zusammenhang mit dem QS-Verfahren veröffentlicht werden. Eine solche Berücksichtigung als Kennzahl entspräche dem Kennzahl-Konzept des IQTiG, demgemäß sogenannte „Transparenzkennzahlen“ für eine allgemeine Bewertung von Einrichtungen oder für eine übergreifende Beschreibung des Versorgungsgeschehens von großem Nutzen sind, weil sie sowohl die Transparenz erhöhen als auch zusätzliche Information ermöglichen, ohne direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden zu sein.

**Die Patientenorganisationen bitten das IQTiG daher zu prüfen und in seinem Abschlussbericht das Ergebnis seiner Prüfung darzustellen, ob und wie PatientInnen mit Kostenerstattung in das QS-Verfahren einbezogen oder Anträge und Ablehnungsquoten als Kennzahl dargestellt werden können.**

---

<sup>3</sup> Bericht zur Überarbeitung des QS-Verfahrens "Ambulante Psychotherapie - Ergebnisbericht zur Strukturqualität" (© IQTiG 2022) : „Festzuhalten bleibt, dass – auch nochmals durch das Expertengremium bestätigt – das zentrale Feld, in dem eine strukturelle Verbesserung der Versorgung mit ambulanter Psychotherapie auch mit Blick auf Wartezeiten oder bestimmte Patientengruppen vorangetrieben werden könnte, die Verbesserung des Zugangs zur ambulanten Psychotherapie ist. Bereits im Zwischenbericht zur Entwicklung des Qualitätsmodells wurde dies als ein substanzielles Qualitätsproblem in der Versorgung beschrieben.“

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht:

Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten

Psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter: Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie

#### 4. Schritte bis zum Regelbetrieb

*„Das IQTiG empfiehlt vor der bundesweiten Einführung des QS-Verfahrens einen regional begrenzten Regelbetrieb bzw. ein Modellprojekt mit einer größeren Anzahl an Patientinnen und Patienten bzw. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, um sowohl Fragen der verfahrenstechnischen Machbarkeit (insbesondere der Softwarelösungen zur Datenerhebung) zu prüfen als auch inhaltliche Aspekte im Rahmen einer umfassenden, wissenschaftlichen Begleitevaluation zu klären. So könnten erforderliche Softwareprodukte in einem regional begrenzten Regelbetrieb bzw. Modellprojekt getestet und ggf. anschließend angepasst werden. Neben der Prüfung der Umsetzbarkeit ist zudem die Evaluation der inhaltlichen Fokussierung des QS-Verfahrens sinnvoll, da es in der wissenschaftlichen Literatur immer noch an belastbaren Daten zum Verbesserungsbedarf in der ambulanten Psychotherapie mangelt. Dies wäre auch wichtig, um die vorgeschlagenen Referenzbereiche besser einschätzen zu können. Zudem könnten Daten gewonnen werden, die bei der Formulierung von ggf. erforderlichen weiteren Ausschlusskriterien – etwa für bestimmte Patientengruppen bei einzelnen Qualitätsindikatoren – helfen könnten. Überlegenswert wäre ebenfalls, die Erprobungsphase zu nutzen, um Synergieeffekte mit der Standarddokumentation zu prüfen.“ (S. 6)*

**Die Patientenorganisationen erachten die vom IQTiG genannten Gründe, vor der bundesweiten Einführung des QS-Verfahrens einen regional begrenzten Regelbetrieb bzw. ein Modellprojekt durchzuführen, für unterstützenswert, soweit rechtlich möglich.**

#### 5. Fazit

In seinem Vorbericht führt das IQTiG in seinem Fazit aus:

*„Für die Übertragbarkeit bzw. Anpassung des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie auf die **Gruppenpsychotherapie** kann das IQTiG bezüglich der dokumentationsbasierten Indikatoren keine Empfehlung aussprechen. Gründe hierfür sind die fehlende Evidenz insbesondere zu spezifischen Verbesserungspotenzialen, aber auch die bis dato noch geringe Relevanz der Gruppenpsychotherapie in der Versorgung. Jedoch sollte eine Ausweitung der gesetzlichen Qualitätssicherung auf die*

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht:**

**Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten**

**Psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter: Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie**

*Gruppentherapie mit einigem zeitlichen Abstand erneut geprüft werden, da sich die Neuregelungen der Psychotherapie-Richtlinie in der Versorgung etablieren werden und der Anteil der Gruppenpsychotherapie an der Versorgung mutmaßlich zunehmen wird“. (S. 7)*

**Die Patientenorganisationen bitten das IQTiG um Überprüfung seines Fazits zur Übertragbarkeit bzw. Anpassung des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie auf die Gruppenpsychotherapie in Hinblick auf obigen Ausführungen zum Einbezug der vorzeitigen Therapiebeendigungen. Im Übrigen wird der Vorschlag des IQTiG, die Ausweitung der gesetzlichen Qualitätssicherung auf die Gruppenpsychotherapie nach einigem zeitlichen Abstand erneut zu prüfen, hilfsweise unterstützt.**

*„Die Empfehlung für den Einbezug der **Systemischen Therapie** im Einzelsetting in das QS-Verfahren besteht für den auf einer QS-Dokumentation basierenden Teil in der vorliegenden Form weiterhin.“ (S. 7)*

*„Jenseits der gesetzlichen Qualitätssicherung gäbe es zusätzliche Optionen, auf eine Verbesserung der Versorgung hinzuwirken. So thematisierte das Expertengremium, dass den Patientinnen und Patienten – unabhängig von der gesetzlichen Qualitätssicherung – mehr öffentliche Aufklärung zum Thema Psychotherapie zukommen müsste. Dies sei nötig, um Patientinnen und Patienten in die Lage zu versetzen, einschätzen zu können, ob die Psychotherapie fachlich korrekt ausgeübt werde. Für den Fall von Behandlungsfehlern oder einer vermuteten bzw. tatsächlichen Vernachlässigung von beruflichen Standards sollten die Patientinnen und Patienten zuverlässig wissen, welche Hilfs- und Beratungsstellen zuständig sind. Das Gremium verwies darauf, dass vor allem emotional von ihrer Therapeutin bzw. ihrem Therapeuten abhängige Patientinnen und Patienten auf niederschwellige Beschwerdewege angewiesen seien, da gerade diese Menschen straf- und haftungsrechtlich relevante Verhaltensweisen selten zur Anzeige bringen würden. Die Lösung sahen die Expertinnen und Experten in einer Verbesserung des Beschwerdemanagements, beispielsweise in Form einer Patientenvertretung bei der Ombudsstelle, oder öffentlichen Aufklärungskampagnen.“ (S. 89)*

**Die Patientenorganisationen begrüßen ausdrücklich die vom Expertengremium gemachten Vorschläge zur Verbesserung der Aufklärung zum Thema Psychotherapie und zur Verbesserung des Beschwerdemanagements im Falle von Behandlungsfehlern.**

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht:**

**Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten**

**Psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter: Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie**

## 6. Literatur:

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter. [Stand:] 17.05.2018. Berlin: G-BA. URL: [https://www.g-a.de/downloads/39-261-3334/2018-05-18\\_IQTIG\\_Beauftragung\\_QS-Verfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf](https://www.g-a.de/downloads/39-261-3334/2018-05-18_IQTIG_Beauftragung_QS-Verfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf) (abgerufen am: 09.07.2018).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2021): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG: Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter. [Stand:] 17.06.2021. Berlin: G-BA. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4888/2021-06-17\\_IQTIG-Beauftragung\\_QSVerfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4888/2021-06-17_IQTIG-Beauftragung_QSVerfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf) (abgerufen am: 19.08.2021).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021b): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter. Abschlussbericht. Stand: 14.06.2021. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG\\_QS-Verfahren\\_Ambulante-Psychotherapie\\_Abschlussbericht\\_2021-06-14\\_barrierefrei.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_QS-Verfahren_Ambulante-Psychotherapie_Abschlussbericht_2021-06-14_barrierefrei.pdf) (abgerufen am: 15.06.2022).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021c): Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter. Abschlussbericht. Stand: 15. Dezember 2021. Berlin: IQTiG. [https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG\\_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie\\_Abschlussbericht\\_2021-12-15.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie_Abschlussbericht_2021-12-15.pdf) (abgerufen 21.09.2022)



Der Präsident

Robert Koch-Institut | Nordufer 20 | 13353 Berlin

Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Lothar H. Wieler

Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im GesundheitswesenKatharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

Stellungnahme des RKI zum IQTIG-Vorbericht bzgl.

**Überarbeitung des einrichtungs-übergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter. Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie. Vorbericht (Stand: 25. Juli 2022) Beteiligungsverfahren nach § 137a Abs. 7 SGB V**

07.09.2022

Unser Zeichen:  
1.04.03/0005#0023-ABT2Ihre Nachricht vom:  
27.01.2022Robert Koch-Institut  
zentrale@rki.de  
Tel.: +49 (0)30 18754-0  
Fax: +49 (0)30 18754-2328  
www.rki.deBerichterstattung/  
Bearbeitung von:  
Dr. Ulfert HapkeBesucheranschrift:  
Nordufer 20  
13353 Berlin

der Vorbericht vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) ist inhaltlich nachhaltig, sachgerecht, transparent und nachvollziehbar. Die Empfehlung, vor der bundesweiten Einführung des QS-Verfahrens einen regional begrenzten Regelbetrieb bzw. ein Modellprojekt mit einer größeren Anzahl an Patientinnen und Patienten bzw. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern durchzuführen, ist auch im Sinne der Ressourceneinsparung nachvollziehbar. Die Einbeziehung von Selbsthilfeorganisationen in die Entwicklung der resultierenden Empfehlungen, ist uns als partizipativer Ansatz positiv aufgefallen.

Der aufgezeigte Forschungsbedarf, insbesondere im Hinblick auf die Gruppentherapie, ist zwar hervorgehoben worden, es ist jedoch nicht deutlich geworden, ob der vergleichsweise geringe Anteil an der Versorgung ein Angebots- oder ein Nachfragedefizit reflektiert.

Seitens des Robert Koch-Instituts werden keine weiteren inhaltlichen Ergänzungen vorgeschlagen.

Auf Seite 4, „Einbindung externer Expertise“, Satz 2 ist uns ein kleiner Fehler aufgefallen:

... ist, dass ~~keinen~~ ~~kein~~ Verbesserungsbedarf identifiziert werden konnte. ...

Mit freundlichen Grüßen

L. H. Wieler

Das Robert Koch-Institut  
ist ein Bundesinstitut  
im Geschäftsbereich des  
Bundesministeriums für  
Gesundheit.

**Stellungnahme  
des GKV–Spitzenverbands  
vom 01.09.2022**

**zum Vorbericht  
„Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden  
Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten  
psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich  
Krankenversicherter – Ergebnisbericht zur  
Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie“  
des IQTIG vom 25. Juli 2022**

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

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>I. Hintergrund .....</b>	<b>3</b>
<b>II. Bewertung des methodischen Vorgehens des IQTIG (Kap. 2).....</b>	<b>5</b>
Literatur- und Leitlinienrecherche .....	5
<b>III. Ergebnisse der Leitlinien- und Literaturrecherche sowie des Expertengremiums (Kap. 4 – 6) .....</b>	<b>8</b>
Ergebnisse der Leitlinienrecherche .....	8
Ergebnisse der Literaturrecherche.....	9
Ergebnisse des Expertengremiums .....	11
Prüfung auf Nutzbarkeit von Sozialdaten bei den Krankenkassen (Kap. 7).....	15
Prüfung auf Zuschreibung von Verantwortung bei Gruppentherapie (Kap. 8).....	15
<b>IV. Zusammenfassende Bewertung und Schlussfolgerungen .....</b>	<b>16</b>
<b>V. Literatur .....</b>	<b>18</b>

## I. Hintergrund

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach §137a SGB V (IQTIG) im Mai 2018 beauftragt, ein sektorspezifisches Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu entwickeln, das diagnose- und verfahrensübergreifend Aspekte der Prozess- und möglichst auch der Ergebnisqualität adressiert und eine Befragung zur Abbildung der Patientenperspektive beinhaltet. Das IQTIG entwickelte auftragsgemäß zunächst ein Qualitätsmodell (IQTIG 2019a), sowie darauf aufbauend die Indikatoren und fallbezogenen Erfassungsinstrumente für den dokumentations- und sozialdatenbasierten Verfahrensteil (IQTIG 2021a) und die Patientenbefragung (IQTIG 2021b).

Aufgrund des gesetzlichen Auftrags in § 136a SGB V und Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie wurde das IQTIG zusätzlich am 17. Juni 2021 mit der Überarbeitung des Verfahrens beauftragt. Dies beinhaltet eine Prüfung der Übertragbarkeit der Indikatoren und Instrumente auf die Gruppen- und die Systemische Therapie sowie die Entwicklung von Strukturqualitätsindikatoren. Der Ergebnisbericht zur Strukturqualität wurde dem G-BA am 31. Mai 2022 übermittelt. Der vorliegende Vorbericht des IQTIG vom 25. Juli 2022 adressiert die Gruppen- und Systemische Therapie.

Gemäß der Beauftragung sollte das IQTIG die Übertragbarkeit des bereits entwickelten Qualitätsmodells und der Indikatoren auf die Gruppentherapie (einschließlich Kombinationsbehandlung) und die Systemische Therapie, die erst nach Erteilung des ursprünglichen Auftrags von 2018 als neues Therapieverfahren nach Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) für das künftige Qualitätssicherungsverfahren relevant wurde, prüfen und sofern erforderlich, Änderungen oder Ergänzungen des Indikatorensets vorschlagen. Aufbauend auf den bereits gewonnenen Erkenntnissen sollten eine erneute Literaturrecherche sowie ggf. Fokusgruppen durchgeführt und ein Expertengremium beratend hinzugezogen werden. Bei der Bearbeitung waren die Entwicklungsschritte gemäß der Methodischen Grundlagen des IQTIG einzuhalten und die zusätzlichen Eignungskriterien für Indikatoren dieses QS-Verfahrens, Diagnose- und Therapieverfahrensunabhängigkeit, zu beachten. Im Rahmen der Beauftragung sollte zudem geprüft werden, ob Dokumentationsaufwände mittels der Nutzung von Sozialdaten verringert werden könnten und die Zuschreibbarkeit der Indikatorergebnisse auf die Leistungserbringer speziell bei der Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung zu prüfen.

### **Zu den zu prüfenden Therapieverfahren bzw. -settings und den zu prüfenden Qualitätsindikatoren**

Das IQTIG beschreibt in den Kapiteln 1 und 3 – hier basierend auf der PT-RL als normativem Rahmen und auf einer deutschen Versorgungsstudie (BARGRU-Studie von 2021) zur Gruppentherapie – den Versorgungskontext und die Leistungen, die Gegenstand dieser Beauftragung sind. Mit 1,6 Mio. GKV-Patienten pro Quartal im Jahr 2021 und 37.000 Psychotherapeuten ist der Anwendungsbereich des künftigen QS-Verfahrens offenbar noch größer geworden, verglichen mit den Angaben des IQTIG in früheren Entwicklungsberichten.

Die **Systemische Therapie** wurde mit Beschluss des G-BA vom 22. November 2019 als neues Richtlinienverfahren in die PT-RL aufgenommen und kann seither als GKV-Leistung erbracht werden. Eine Besonderheit der Systemischen Therapie ist das mögliche Mehrpersonensetting, d.h. ein systematischer Einbezug relevanter Bezugspersonen in die Therapie (S. 19). Da die Systemische Therapie erst nach Beauftragung des QS-Verfahrens, jedoch noch während der Bearbeitungszeit des ursprünglichen Entwicklungsauftrags an das IQTIG als Richtlinienverfahren anerkannt wurde, wurde bereits bei der Indikatorentwicklung die Anwendbarkeit der Qualitätsindikatoren (bzw. zunächst der Qualitätsmerkmale) auf die Systemische Therapie mitgeprüft, indem Experten der Systemischen Therapie in die Verfahrensentwicklung (Expertengremium) einbezogen wurden. Bei der damaligen Literaturrecherche, Fokusgruppenkonzeption und der Sozialdatenanalyse fand sie jedoch keine Berücksichtigung.

Die **Gruppentherapie** kann laut PT-RL in allen Verfahren durchgeführt werden, wobei abhängig von der Anzahl der Therapeuten zwischen 3 und 14 Patienten, mit fester Zuordnung zu „ihrem“ Bezugstherapeuten, an der Gruppe teilnehmen. Die Kombinationstherapie, bzw. richtiger: **Kombinationsbehandlung**<sup>1</sup>, ist eine besondere Form der Gruppentherapie, bei der sowohl Sitzungen im Einzelsetting stattfinden, als auch im Gruppensetting, ggf. auch mit mehreren Therapeuten in der Gruppe und ggf. mit unterschiedlichen Therapeuten für ein- und denselben Patienten in den verschiedenen Settings.

Seit Änderung der PT-RL im November 2019 wurde das Gutachterverfahren für die Gruppentherapie aufgehoben, um deren Verbreitung zu fördern, wobei das Antragsverfahren bei den Krankenkassen weiterhin bestehen blieb.

---

<sup>1</sup> In der Beauftragung des IQTIG und im Vorbericht wird der Begriff „Kombinationstherapie“ verwendet. Dies ist genau genommen nicht korrekt: es handelt sich nicht um eine Therapieform, sondern um eine Kombination von Anwendungsformen der Psychotherapie (Gruppentherapie und Einzeltherapie, vgl. § 22 PT-RL). Auch in der Psychotherapie-Vereinbarung (PT-V) wird der etablierte Begriff der Kombinationsbehandlung verwendet (vgl. § 11 Absatz 2 PT-V).

Gruppentherapien und Kombinationsbehandlungen umfassen nur jeweils 2 % der psychotherapeutischen Leistungen (vgl. S. 60), zur Verbreitung der Systemischen Therapie finden sich keine Angaben im Vorbericht. Laut der BARGRU-Studie führt mit 7 % nur ein kleiner Teil der Psychotherapeuten Gruppentherapien durch.

Auf Seite 18 des Vorberichts werden die neun bereits entwickelten QI der fallbezogenen QS-Doku aufgelistet, die allesamt die Prozessqualität adressieren (s. Tab. 1 in dieser Stellungnahme).

## **II. Bewertung des methodischen Vorgehens des IQTIG (Kap. 2)**

### **Literatur- und Leitlinienrecherche**

Das IQTIG hat entsprechend der Beauftragung eine erneute systematische Literatur- und Leitlinienrecherche speziell zu den Themen Systemische Therapie (ST) und Gruppenpsychotherapie (inkl. Kombinationstherapie), ergänzt durch eine orientierende Recherche, durchgeführt, um einerseits relevante normative Anforderungen/Standards für diese Therapieformen zu identifizieren und andererseits Informationen zur Patientenperspektive, zur Versorgungsqualität (Defizite, Über-, Unter-, Fehlversorgung) und zur Effektivität (Wirkung, Nebenwirkungen) zu eruieren.

Dabei folgte das IQTIG der Annahme, dass, sofern keine expliziten Ausnahmen in allgemein geltenden Standards zur Psychotherapie zu finden sind, die identifizierten Leitlinienempfehlungen bzw. Qualitätsanforderungen für alle Therapieverfahren und -settings gelten. Dies ist nachvollziehbar.

Teile der Literaturrecherche wurden systematisch angelegt – jeweils getrennt wurde nach den verschiedenen genannten Aspekten der Versorgung recherchiert, gefolgt von einer orientierenden Literaturrecherche zum spezifisch deutschen Versorgungskontext. Die Leitlinienempfehlungen und Literatur wurden auf neue Qualitätsaspekte geprüft, um auftragsgemäß das Qualitätsmodell bei Bedarf verändern zu können. Alle Schritte der systematischen Recherche und der Bewertung der Leitlinien bzw. Literatur sind im Vorbericht und im Anhang nachvollziehbar dargestellt und folgen den üblichen methodischen Standards, wie auch in den Methodischen Grundlagen beschrieben.

Zur orientierenden Literaturrecherche wird zwar auf die recht ausführlichen Darstellungen in den Methodischen Grundlagen V2.0 (IQTIG 2022) verwiesen, orientierende Informationen wo und wie im speziellen Fall gesucht wurde, wären dennoch wünschenswert gewesen.

### **Sozialdatenanalyse**

Eine erneute Auswertung von Sozialdaten, um die Versorgung mit den genannten Therapieformen zu beschreiben, fand nicht statt. Dies wurde damit begründet, dass bereits bei den beiden früheren Beauftragungen zur Verfahrensentwicklung Ambulante Psychotherapie Sozialdatenanalysen durchgeführt wurden, und die Änderungen der Versorgung seitdem durch die Änderungen der PT-RL sich noch nicht in den Sozialdaten wiederfinden würden (vgl. S. 26). Zudem hätten pandemiebedingt veränderten Versorgungsrahmenbedingungen Verzerrungen in den Versorgungsdaten bewirkt. Stattdessen wurde eine Studie detailliert ausgewertet (BARGRU), die die Versorgung mit Gruppentherapie bzw. fördernde und hemmende Faktoren hinsichtlich des Angebots und der Durchführung von Gruppentherapien fokussiert und sich auf Routinedaten der KBV aus den Jahren 2016–2018 sowie auf eine eigene quantitative Erhebung (Fragebögen) unter Psychotherapeuten stützt.

Der Verzicht auf die erneute eigene Sozialdatenanalyse erscheint ausreichend begründet und somit nachvollziehbar.

### **Expertengremium**

Ferner wurde, ebenfalls dem Auftrag entsprechend, ein Expertengremium eingesetzt um die bereits entwickelten Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation der Leistungserbringer (nicht: Patientenbefragung) auf ihre Übertragbarkeit auf Gruppentherapie hin zu prüfen. Eine Beratung durch die Experten hinsichtlich der Übertragbarkeit der Indikatoren auf die Systemische Therapie erfolgte nicht, da hierfür die Ergebnisse des Expertengremiums der ursprünglichen Verfahrensentwicklung (IQTIG 2021) als ausreichend erachtet wurden.

Bei der Beurteilung sollten Experten die aus den Methodischen Grundlagen des IQTIG bekannten allgemeinen Eignungskriterien Verbesserungspotenzial, Zuschreibbarkeit der Verantwortung (bzw. in den Methodischen Grundlagen V2.0 „Beeinflussbarkeit“) sowie die verfahrensspezifischen zusätzlichen Kriterien Diagnoseunabhängigkeit und Therapieverfahrensunabhängigkeit anwenden.

Zudem wurde schriftlich abgefragt, ob z.B. die Indikatoren in der Operationalisierung verändert werden müssten, wenn sie auf die Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung angewendet würden, oder ob Probleme mit der Zuschreibung von Verantwortung bei Kombinationstherapie gesehen würden. Die Beratung durch die Experten fand, den Methodischen Grundlagen entsprechend, in zwei Schritten statt, d.h. mittels einer schriftlichen Vorabbewertung und zweier persönlich (bzw. als Hybridveranstaltung) abgehaltenen Treffen (S. 30).

Zusätzlich wurden die Experten nach allgemeinen Hinweisen zum QS-Verfahren und den Indikatoren gefragt (S. 30). Dies war nicht explizit Teil der Beauftragung, sondern stellt eine Art Add-on dar.

Es verwundert jedoch, dass nicht bei den einzelnen zu bewertenden Indikatoren ganz grundlegend gefragt wurde, ob dessen Qualitätsziel und Inhalte auf die Gruppentherapie zutreffen – Fragen, die sich dann in der Diskussion der Experten (s. Kap. III der Stellungnahme) durchaus widerspiegeln.

Die 21 Mitglieder des Expertengremiums – dasselbe Gremium wie auch für den Beauftragungsteil zur Strukturqualität – sind teilweise identisch mit dem Expertengremium aus der Entwicklung der fallbezogenen Qualitätsindikatoren. Wie bereits in unserer Stellungnahme zum Bericht Strukturqualität angemerkt, gilt auch hier, dass die Zusammensetzung des Gremiums (S. 30) nicht ausgewogen erscheint, sondern die Therapeuten mit psychodynamischem Hintergrund überproportional vertreten scheinen. Eine Überrepräsentanz der psychodynamischen Perspektive in den Ergebnissen erscheint damit potentiell gegeben.

#### **Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten**

Es wurden keine erneuten Fokusgruppen zur Erfassung der Patientenperspektive auf die Gruppentherapie oder Systemische Therapie durchgeführt. Dies war in der Beauftragung auch nicht verbindlich gefordert worden („ggf. Fokusgruppen“).

Angesichts der Rechercheergebnisse und der Vorerfahrungen bei der Entwicklung dieses QS-Verfahrens wird dies nun vom GKV-Spitzenverband jedoch kritisch gesehen: wenn – wie im weiteren Verlauf des Vorberichts dargestellt – die Ergebnisse der Literaturrecherchen zu Besonderheiten und Versorgungsdefiziten der Systemischen und der Gruppentherapie weitgehend ergebnislos bleiben, wäre eine eigene empirische Erhebung indiziert gewesen. Dies gilt umso mehr, als diese Erfahrung zu diesem Thema – kaum publizierte Literatur zu Qualitätsdefiziten in der Einzelpsychotherapie, aber durchaus beachtenswerte Hinweise in den Fokusgruppen – bereits einmal gemacht wurde und der Mangel an Rechercheergebnissen zur Versorgung mit relativ seltenen oder „jungen“ Therapieformen erwartbar war.

Das IQTIG hätte daher, obgleich nicht zwingend in der Beauftragung gefordert, Fokusgruppen einplanen sollen, aufgrund der sich abzeichnenden niedrigen Informationszugewinne aus der Literatur- und Leitlinienrecherche.

Im Prinzip fehlt somit für die Systemische und die Gruppentherapie im Unterschied zu den anderen Therapieverfahren im Einzelsetting eine Informationsquelle, die ansonsten standardmäßig (Methodische Grundlagen) bei der Entwicklung von Qualitätsmerkmalen genutzt wird und die gerade beim Thema Ambulante Psychotherapie schon wertvolle Erkenntnisse geliefert hatte.

### III. Ergebnisse der Leitlinien- und Literaturrecherche sowie des Expertengremiums (Kap. 4 – 6)

#### Ergebnisse der Leitlinienrecherche

Auf Seite 27 finden sich zur Prüfung der Übertragbarkeit des Qualitätsmodells und des Indikatorensets auf die Systemische und die Gruppentherapie folgende Aussagen:

- „... wurden die recherchierten Leitlinien dahingehend geprüft, ob sie Hinweise auf eine mögliche Kontraindikation für die Durchführung einer Gruppentherapie (inkl. Kombinationstherapie) oder Systemischen Therapie enthalten.
- ... „kann angenommen werden, dass – im Falle einer fehlenden Kontraindikation und sofern indiziert – die Leitlinienempfehlungen grundsätzlich für alle genannten Settings gleichermaßen Anwendung finden können und die Qualitätsanforderung an die Durchführung von ambulanter Psychotherapie ... entsprechend auf die jeweils anderen Settings übertragbar ist.“

Dies ist zumindest missverständlich dargestellt. Fragestellung bei der Leitlinienrecherche war: „Was sind die derzeit gültigen Standards bei der Durchführung einer ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationstherapie) bzw. in der Systemischen Therapie?“ (S. 22) Das heißt, die Indikation für ein spezifisches Setting oder Verfahren ist als Teil der Prozessqualität nur ein Aspekt unter vielen die Qualität der Behandlung betreffend. Schwerpunkt hätte eigentlich die Gültigkeit der bereits identifizierten Qualitätsanforderungen bzw. Empfehlungen nicht nur fürs Einzel-, sondern auch fürs Gruppensetting sein sollen, sowie die Identifikation neuer gruppensetting- oder systemtherapiespezifischer Anforderungen. Wenn dazu keine konkreten Hinweise zu finden waren, sollte die Darstellung der Ergebnisse zumindest präziser auf diese Schwerpunkt-Fragestellung zugeschnitten sein.

Die zweite obenstehende Aussage erscheint korrekt und nachvollziehbar: sofern nichts Anderweitiges zu finden ist, kann die Allgemeingültigkeit der Leitlinienempfehlungen für alle Settings und Verfahren angenommen werden. Die Formulierung „im Falle einer fehlenden Kontraindikation und sofern indiziert“ ist jedoch schwer verständlich und sollte geändert werden.

Das IQTIG hat insgesamt 13 Leitlinien gefunden, von denen 11 Empfehlungen zur Gruppenpsychotherapie (meist nur Verhaltenstherapie) enthalten, 3 zur Systemischen Therapie und eine zur Kombinationsbehandlung.

Bei der inhaltlichen Auswertung der Leitlinien bezüglich der Gruppentherapie nimmt das IQTIG stark Bezug zu der obenstehenden Indikationsfrage: wann ist eine Gruppentherapie (bei gegebenen Diagnosen) indiziert im Vergleich zum Einzelsetting, wann „first line“, wann „second

line“ usw. Wie bereits oben dargestellt, beantwortet dies jedoch gar nicht die an dieser Stelle für die Qualitätssicherung relevante Frage: Wenn eine Gruppentherapie durchgeführt wird, was sind dann einzuhaltende Standards bzw. Qualitätsanforderungen?

Bei der Systemischen Therapie werden Empfehlungen hinsichtlich der Anzahl Sitzungen, der Beachtung von Patientenpräferenzen für den Einbezug weiterer Personen (Mehrpersonensetting), die Erstellung eines Krisenplans usw. extrahiert (S. 47). Diese werden jedoch ohne weiteren Kommentar nicht als potenzielle Qualitätsmerkmale weitergeführt bzw. dem Expertengremium vorgelegt. Sollte dies an der Vorgabe bzw. dem Eignungskriterium „Therapieverfahrensunabhängigkeit“ liegen, dann sollte diese Einschätzung des IQTIG im Bericht dargestellt werden.

Perspektivisch wäre aus unserer Sicht jedoch zu prüfen, ob nicht doch einzelne Qualitätsindikatoren, die nur für einzelne Therapieverfahren (oder Diagnosen) sinnvoll anwendbar sind, ins Verfahren Eingang finden sollten, oder andersherum verfahrensübergreifende Indikatoren, bei denen im Nenner verfahrensabhängig Ausschlüsse vorgenommen werden. Letzteres ist ohnehin schon bei zwei Indikatoren wegen der angenommenen Besonderheiten der psychoanalytischen Therapie der Fall (Anwendung von Instrumenten bei Diagnostik und im Verlauf). Bei der Systemischen Therapie wäre z.B. das Mehrpersonensetting eine Besonderheit, die qualitätsrelevant sein könnte.

### **Ergebnisse der Literaturrecherche**

Bei den systematischen Recherchen nach Studien zur Patientenperspektive, Qualitätsdefiziten und Wirkfaktoren führt der Vorbericht transparent die Limitationen auf, wie etwa häufig kleine Fallzahlen, fehlende Informationen zur Einordnung der Ergebnisse und die mögliche Unterrepräsentation negativer Patientenerfahrungen in den Studien. Insgesamt konnten zu einigen Recherchethemen nur wenige oder sogar gar keine Studien, die die Einschlusskriterien erfüllten, gefunden werden.

Bei der orientierenden Recherche wurde die BARGRU-Studie als relevant identifiziert. Diese bezieht sich zwar auf Gruppentherapien im deutschen Versorgungskontext, hat jedoch weniger Empfehlungen oder Qualitätsaspekte im Fokus als die Analyse der fördernden und hemmenden Bedingungen. Insofern erscheint die Darstellung dieser Studie mit ihren Ergebnissen über 15 Seiten (S. 54–68) zu ausführlich und ist großteils zwar durchaus interessant, aber verfehlt die eigentlichen Fragestellungen im Bezug zur Qualitätssicherung.

Bei der Ergebnisdarstellung fällt auf, dass nicht nur wie bei der Wiedergabe der Leitlinienempfehlungen die eigentlichen Fragen (Qualitätsanforderungen) nicht adressiert werden, sondern dass punktuelle Ergebnisse aus den Studien, die aus unserer Sicht durchaus Qualitätsanforderungen darstellen oder zumindest Hinweise auf neue gruppentherapiespezifische Qualitätsthemen, gar nicht aufgegriffen werden. Dies betrifft z.B. die steuernde Rolle des Gruppentherapeuten:

- die Erwartung von Patienten an Therapeuten in der Gruppentherapie, eine sichere Umgebung zu schaffen, was auch die Leitung und Kontrolle der Patienten umfasst (S. 53).
- die Ermutigung von stillen Gruppenmitgliedern zur aktiven Teilnahme (S. 53)

Aus unserer Sicht sind dies zwar ggf. keine Anforderungen, die sich als Indikatoren für die QS-Dokumentation der LE eignen. Dass jedoch keine Anmerkung zu finden ist, ob bzw. dass diese möglichen Qualitätsmerkmale im Rahmen einer künftigen Überprüfung bzw. Ergänzung der Patientenbefragung aufgegriffen werden, ist zu bemängeln. Hier wird das IQTIG nochmals um Prüfung gebeten.

Weitere Ergebnisse, die sich aus unserer Sicht als Hinweise auf Qualitätsmerkmale darstellen, sind:

- der Wunsch der befragten Gruppentherapeuten der BARGRU-Studie nach der Schaffung alternativer Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Wegfall des Gutachterverfahrens,
- teils im Zusammenhang damit, aber auch unabhängig davon der wiederholt geäußerte Bedarf nach Intervention und Supervision oder Qualitätszirkeln (S. 65-67), der im Zusammenhang mit der evt. subjektiv als „schwierig“ empfundenen Verantwortung als Therapeut und Gruppenmoderator stehen könnte.
- bei der Auswertung der PT-RL (§ 22) in Kapitel 3: vor Beginn einer Kombinationsbehandlung muss ein Gesamtbehandlungsplan erstellt werden. Dieser muss abgestimmt werden, falls es mehrere Therapeuten gibt und der Austausch muss sichergestellt werden. (S. 35)

Im Ergebnis erscheint eine der Schlussfolgerungen des IQTIG zu den Rechercheergebnissen (S. 69) nachvollziehbar: das Qualitätsmodell ist übertragbar auf die Gruppentherapie und die Systemische Therapie, da keine anderweitigen Hinweise zu finden sind, und die Leitlinienempfehlungen gingen nicht über die Inhalte der PT-RL hinaus. Nicht nachvollziehbar erscheint jedoch die andere Aussage des IQTIG, dass die Erkenntnisse aus der Literaturrecherche sich nicht für die Ableitung weiterer Qualitätsaspekte eignen. Die Hinweise, dass Behandlungsqualität im Gruppensetting ggf. sogar mehr noch als im Einzelsetting mit Supervision und Intervention zu tun haben könnte, da quasi „neben“ der Therapie auch noch Gruppensteuerungsaufgaben hinzukommen, oder dass die gemeinsame Behandlungsplanung und

-steuerung bei einer Kombinationsbehandlung ggf. besonderen Anforderungen unterliegt, wurden als Anregungen das Qualitätsmodell zu erweitern offenbar nicht wahrgenommen.

### Ergebnisse des Expertengremiums

Da das IQTIG aus der Leitlinien- und Literaturrecherche keine neuen Qualitätsmerkmale für die Gruppentherapie extrahiert hatte, wurden nur die bereits bestehenden Indikatoren hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit geprüft. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbands ist das zu bemängeln, wurden doch die Hinweise auf zusätzliche Qualitätsmerkmale (s.o.) somit gar nicht weiter durch die Experten beraten.

Für jeden Indikator werden die Einschätzungen der Experten zu den Kriterien Verbesserungspotenzial (VP), Zuschreibbarkeit (Z), Therapieverfahrens (TU)- und Diagnoseunabhängigkeit (DU) dargestellt, wobei „Verbesserungspotenzial“ den Methodischen Grundlagen nach an Qualitätsdefiziten oder -unterschieden in der Versorgung festgemacht wird (IQTIG 2022, S. 124).

### Zu den Indikatoren und den Experteneinschätzungen im Einzelnen (Tabelle 1)

Indikator	VP bei Gruppentherapie / Kombinationsbehandlung	Sonstige Anmerkungen des Expertengremiums (EXG)	Kommentar GKV-Spitzenverband
<b>Umfassendes diagnostisches Gespräch</b>	nein	Alle anderen Kriterien zutreffend	Die Begründungen des EXG gehen eher in die Richtung, dass das Qualitätsziel nicht zutrifft, weil die Diagnostik zumindest für störungsspezifische Gruppen schon vorher stattfindet. Andererseits wird zugestimmt, dass das Wissen über die Diagnose wichtig für die Patienten sei und die Aufklärung entsprechend gestaltet werden müsse. D.h. es mischen sich Themen (Diagnostik - Aufklärung), tw. trifft das Qualitätsziel zu, tw. nicht. Das ist aber nicht Verbesserungspotenzial im engeren Sinne, dieses wird gar nicht thematisiert.

<p><b>Diagnostische Instrumente</b></p>	<p>nein</p>	<p>DU und TU (-),</p>	<p>Die Diskussion um die Anwendung von standardisierten Instrumenten wird zwischen den Vertretern der Therapieverfahren analog zum vorigen Bericht geführt. Zudem wird dies verwechselt (?) mit der Frage der Eignungsfeststellung für Gruppentherapie und mit der Aufklärung über das Gruppensetting – hier gebe es Verbesserungspotenzial. D.h. es ist keine direkte Begründung ersichtlich, warum in der Gruppentherapie jeglichen Verfahrens keine Instrumente eingesetzt werden sollten, sondern die Diskussion geht „durcheinander“. Das IQTIG hätte z.B. nachfragen können, welche potenziellen negativen Auswirkungen und Einfluss auf den Gruppenprozess gemeint sind. Das Urteil „kein Verbesserungspotenzial“ ist somit überhaupt nicht nachvollziehbar. Auch im Vergleich mit den Ergebnissen zum Einzelsetting ist das Expertenurteil nicht nachvollziehbar (dort zumindest Differenzierung nach Therapieverfahren).</p>
<p><b>Formulierung patientenindividueller Therapieziele</b></p>	<p>nein</p>	<p>TU (-)</p>	<p>Es wird ebenfalls wieder dieselbe Diskussion wie im vorigen Bericht begonnen: wie explizit und wann werden Ziele besprochen? Eine spezifische Begründung zur Gruppentherapie ist nicht ersichtlich. Der „Therapeut müsse zwangsläufig ein Ziel verfolgen“ ist vom Denken her weder patientenorientiert noch ein Nachweis für Qualität.</p>

<b>Reflexion des Therapieverlaufs</b>	nein	TU und DU (-), nur Z (+)	„Es sei zweifelsfrei so, dass die eingeschlagene Richtung grundsätzlich geprüft werden...“, dann geht es um einen Fragebogen zum Therapieerfolg – d.h. es wird nicht <u>qualitätssichernd</u> gedacht, die Argumentation ist nicht auf die Gruppentherapie fokussiert, sie driftet thematisch ab. Es ist keine Begründung für „kein VP“ ersichtlich.
<b>Anwendung von Instrumenten im Therapieverlauf</b>	nein	TU und DU (-), nur Z (+)	Ähnliche Diskussion wie im vorigen Bericht und zur Diagnostik, wobei auch Gruppen-Aspekte diskutiert werden. Das Fehlen von VP wird jedoch nicht direkt ersichtlich begründet.
<b>Kommunikation mit anderen an Behandlung Beteiligten</b>	nein	DU und Z (-)	Ähnliche Diskussion wie im vorigen Bericht mit bekannten Argumenten. Bei der Kombinationsbehandlung müsste der Indikator auch die Absprachen der Therapeuten untereinander inkludieren – weshalb wird dies nicht weiterverfolgt als Qualitätsmerkmal? Daher ist „kein VP“ erst recht nicht nachvollziehbar.
<b>Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich Einleitung der Abschlussphase</b>	nein	TU, DU, Z (+)	In der Diskussion werden die Anforderungen genannt und als Standard dargestellt (Abschlussgespräche durchführen), bzw. bei der Kombinationsbehandlung die Absprache der Behandler betont. Es wird jedoch nicht plausibel, weshalb es im Einzelsetting VP geben sollte (s. IQTIG-Bericht 2021 b), im Gruppensetting jedoch nicht?
<b>Erforderlichkeit anschließender Maßnahmen abklären</b>	nein	Z, DU, TU (+)	Die Rezidivprophylaxe sei schwer möglich in der Gruppentherapie. Es wird auch Kritik an dem QI für das Einzelsetting geübt. Es erscheint

			zumindest nachvollziehbar, dass der QI für die Rezidivprophylaxe nicht passen könnte, doch dass es hier im Unterschied zum Einzelsetting kein Verbesserungspotenzial gäbe, erscheint nicht plausibel.
<b>Outcome–Erfassung</b>	nein	TU, DU (-), Z (+)	Keine gruppentherapiespezifischen Argumente ersichtlich, nur allg. Argumente, die VP eigentlich gar nicht adressieren.

Aus Sicht des GKV–Spitzenverbands beziehen sich die Argumentationen der Experten häufig nicht auf gruppentherapiespezifische Aspekte der Anwendung der Indikatoren oder auf das Kriterium Verbesserungspotenzial, sondern weichen vom Thema ab oder kritisieren den jeweiligen Indikator unabhängig vom Setting. Das IQTIG scheint aus unserer Sicht vor Ort wenig steuernd auf die Beratungen eingewirkt zu haben und sowohl während als auch im Nachgang zu den Expertendiskussionen an keiner Stelle eigene oder kritische Positionen vertreten zu haben. Dies wird u.a. auch im Fazit (S. 76) deutlich, das das IQTIG zieht: aus Expertensicht sei bei keinem der Indikatoren Verbesserungspotenzial identifiziert worden, ggf. könne man bei zukünftig verbesserter Evidenz zur Versorgungsqualität später die Entwicklung erneut aufnehmen. Obgleich sich das IQTIG in den Methodischen Grundlagen die finalen Entscheidungen z.B. über Indikatorentwürfe vorbehält, finden sich in diesem Abschnitt ausschließlich die Expertenmeinungen wieder, denen ohne Bewertung des IQTIG selbst gefolgt wird. In der Konsequenz spricht das IQTIG die Empfehlung aus, aufgrund des von den Experten attestierten fehlenden Verbesserungspotenzials keinen der bestehenden Indikatoren auf die Gruppentherapie anzuwenden, d.h. dieses Setting aus dem Verfahren auszuschließen. Gegebenenfalls könnte bei Verbesserung der Evidenz zur Versorgungsqualität bzw. Defiziten eine erneute Prüfung auf Integration der Gruppentherapie ggf. mit abgewandelten Indikatoren geprüft werden. Der GKV–Spitzenverband sieht diese Empfehlung zwar als formal korrekt entsprechend den Methodischen Grundlagen an. Bei genauer Betrachtung der Darstellung zu den Expertendiskussionen jedoch scheinen die konkreten Argumente der Experten für bzw. gegen Verbesserungspotenzial kaum dargelegt, so dass die resultierende Empfehlung inhaltlich äußerst schwach begründet bzw. begründbar und somit nicht nachvollziehbar erscheint. Ergänzungen in der Darstellung der Expertendiskussionen wären daher wünschenswert.

### **Prüfung auf Nutzbarkeit von Sozialdaten bei den Krankenkassen (Kap. 7)**

Mit dem Ziel, den Dokumentationsaufwand möglichst zu minimieren, sollte das IQTIG der Beauftragung nach erneut die Nutzbarkeit von Sozialdaten prüfen. Hierfür wurde der EBM-Katalog untersucht, inwieweit sich in den GOPs Inhalte der Indikatoren wiederfinden. Das IQTIG kommt zu dem Ergebnis, dass die Indikatoren über GOPs gar nicht oder nur unvollständig abgebildet werden (S. 81). Die Schlussfolgerung, dass Sozialdaten somit nicht nutzbar sind, kann nachvollzogen werden.

### **Prüfung auf Zuschreibung von Verantwortung bei Gruppentherapie (Kap. 8)**

Mit den komplexen möglichen Konstellationen bei der Gruppentherapie einschließlich der Kombinationsbehandlung begründet sich der spezielle Prüfauftrag ans IQTIG hinsichtlich der Zuschreibbarkeit bzw. Beeinflussbarkeit durch einen Therapeuten (S. 82ff.).

Die Darstellung, dass bei der Gruppentherapie mit zwei Therapeuten, die jeweils hauptverantwortlich für „ihre“ fest zugeordneten Patienten sind, der jeweilige Therapeut auch dokumentationspflichtig und verantwortlich im Sinne der Qualitätssicherung ist, ist nachvollziehbar.

Bei der Kombinationsbehandlung mit zwei Therapeuten – für jedes Setting einer/eine – wird festgestellt, dass „die Regularien“ keine gemeinsame Verantwortung oder einen leitenden und somit verantwortlichen Behandler vorsehen und somit keine Zuschreibbarkeit gegeben sei. Eine Präzisierung, auf welche Regularien genau sich das IQTIG an dieser Stelle bezieht, wäre wünschenswert.

Aus unserer Sicht ist die Konstellation unproblematisch, wenn die Kombinationstherapie von zwei Therapeuten unter derselben BSNR durchgeführt wird, da diese BSNR im Grunde „verantwortlich“ für Dokumentation und bei eventuellen Maßnahmen ist.

Für eine Kombinationsbehandlung durch unterschiedliche Leistungserbringer (verschiedene BSNR) möchte das IQTIG den Ausschluss aus dem Verfahren wegen fehlender Zuschreibbarkeit, da es keine Regeln zur Zuweisung von Leitung oder Verantwortung (s.o.), somit keine klare Zuständigkeit für Dokumentation, für Stellungnahmeverfahren und die Adressierung von Maßnahmen gebe und Fehlanreize zu befürchten seien (S. 83). Die datenschutzrechtlichen Bedenken hinsichtlich der Kommunikation über Behandlungsfälle werden hierbei nicht weiter ausgeführt.

Die Kombinationsbehandlung betrifft derzeit nur wenige Fälle, so dass ein Ausschluss aus dem QS-Verfahren gegenwärtig als pragmatische Lösung akzeptabel erscheint. Die Experten sprechen hier allerdings gerade keine klare Empfehlung für den Ausschluss aus, sondern diskutieren verschiedene Aspekte und Optionen differenziert. Auch aus Sicht des GKV-Spitzenverbands wären zumindest perspektivisch andere Lösungen denkbar, z.B. Dokumentation des Patientenfalls durch

beide Therapeuten und im Falle einer Auffälligkeit zwei oder ein gemeinsames Stellungnahmeverfahren, oder Fallzusammenführung bei getrennten QS-Dokumentationen (jeder Therapeut für „sein“ Setting) und gemeinsame Stellungnahmeverfahren. Wenn sowohl Abrechnung als auch Behandlung durch mehrere Therapeuten eigenverantwortlich und gleichberechtigt stattfinden, warum sollten dann nicht auch beide Therapeuten in der Verantwortung für die Behandlungsqualität stehen? Zumindest bei einer zukünftigen Überprüfung und Anpassung der Indikatoren für das Gruppensetting hätten dann auch von den Experten als wichtig benannte Qualitätsmerkmale – v.a. Austausch/gemeinsame Absprachen (S. 84) – eine Chance Eingang ins QS-Verfahren zu finden.

Auch den aktuellen Methodischen Grundlagen V2.0 nach wäre eine verteilte Verantwortung (szuschreibung) auf mehrere Leistungserbringer denkbar, wenn diese Gruppe dann auch Gegenstand von QS-Maßnahmen sein soll (IQTIG 2022, S. 127).

## **IV. Zusammenfassende Bewertung und Schlussfolgerungen**

Im Ergebnis kommt das IQTIG zu mehreren Schlüssen und Empfehlungen:

Die Übertragbarkeit der Indikatoren auf die Systemische Therapie sei gegeben. Dies wird v.a. mit dem Fehlen von gegenteiligen Hinweisen in Leitlinien und Literatur, mit der Experteneinschätzung im Rahmen der ursprünglichen Verfahrensentwicklung und mit der hier erneut eingeholten Expertenmeinung begründet. Diese Einschätzung teilt der GKV-Spitzenverband, zumal es sich bei den entwickelten Indikatoren um vorwiegend basale Vorgänge einer Psychotherapie mit entsprechender Dokumentation handelt, die eben auch für die Systemische Therapie gelten.

Es sollen keine neuen Indikatoren in das Verfahren aufgenommen werden. Leitlinien- und Literaturrecherche hätten keine Erkenntnisse geliefert, die sich für die Ableitung weiterer Qualitätsaspekte eigneten (S. 69). Dies sieht der GKV-Spitzenverband etwas anders. Wie oben dargestellt, sehen wir durchaus Hinweise auf einzelne neue Qualitätsmerkmale, die hätten geprüft und argumentiert werden sollen (s.o.: ggf. Prüfung auf die Entwicklung von Indikatoren mit Einschränkungen).

Das Qualitätsmodell sei zwar auf die Gruppentherapie übertragbar (S. 69). Jedoch hätten die Experten für keinen Indikator Verbesserungspotenzial festgestellt, sodass den Regeln der Methodischen Grundlagen folgend eine Anwendung auf die Gruppentherapie vom IQTIG nicht empfohlen würde. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbands ist dies mit den Diskussionsverläufen der Experten wie im Vorbericht wiedergegeben jedoch kaum begründbar. Es scheint – wie auch zu

anderen Qualitätsaspekten der psychotherapeutischen Versorgung und bei dieser relativ seltenen Form ggf. umso mehr – keine oder kaum publizierte Evidenz zu geben. Gerade deshalb wäre die Durchführung von Fokusgruppen hier wirklich notwendig gewesen. Es erscheint unplausibel, dass für Qualitätsmerkmale, für die bezogen auf das Einzelsetting Verbesserungspotenzial festgestellt worden war (IQTIG 2021b), nun bezogen auf das Gruppensetting keinerlei Verbesserungsbedarf vorliegen soll.

Bezogen auf die Diskussionen im Expertengremium zu den Indikatoren, aber auch zu den allgemeinen Hinweisen zum QS-Verfahren entsteht der Eindruck, dass die sich seit dem vorigen Bericht entwickelnde allgemeine Skepsis bzw. Ablehnung der externen Qualitätssicherung in der Psychotherapie Einfluss auf die Diskussionen auch der einzelnen Indikatoren, in jedem Fall aber auf die allgemeinen Hinweise zum Verfahren genommen haben („Evidenz für Verbesserungsbedarf sei schwach“, „nur Erkenntnisse aus Fokusgruppen“, s. S. 75).

Der GKV-Spitzenverband erkennt durchaus den innovativen und herausfordernden Charakter des geplanten QS-Verfahrens in einem völlig neuen Versorgungsbereich mit hohen Anzahlen sowohl von Therapeuten als auch Patienten an. Aus dieser Perspektive erscheint eine Erprobung und erforderlichenfalls Optimierung des Verfahrens vor einem Regelbetrieb folgerichtig, so wie das IQTIG dies auch empfiehlt (S. 86f.).

Hinsichtlich des Verbesserungsbedarfs ist einzuräumen, dass publizierte Evidenz für die einzelnen Qualitätsaspekte rar ist – jedoch gewinnen gerade dann eigene empirische, auch qualitative Erhebungen bei der Verfahrensentwicklung besondere Bedeutung, auf die jedoch das IQTIG verzichtet hat. Fokusgruppenergebnisse erkennen wir als gute Informationsquellen für die Versorgungspraxis und auch mögliche Defizite an – leider liegen in diesem Fall, für die Gruppentherapie, keine vor. Da „kein Verbesserungsbedarf“ für die Gruppentherapie implausibel erscheint und das Qualitätsmodell laut IQTIG grundsätzlich übertragbar ist, schlägt der GKV-Spitzenverband vor, entgegen der Empfehlung des IQTIG in diesem Vorbericht die bestehenden Indikatoren im Rahmen der Erprobung in dem QS-Verfahren zu testen und vorher zu prüfen, ob einzelne Indikatoren (insbes. Diagnostik) auszuschließen oder abzuwandeln sind. Perspektivisch sollten die zusätzlichen Hinweise auf setting- oder auch verfahrensspezifisch relevante Qualitätsmerkmale erneut im Hinblick auf die Entwicklung spezifischer (eingeschränkter) Indikatoren geprüft werden.

## V. Literatur

IQTIG (2021b): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung  
gesetzliche Krankenversicherter – Abschlussbericht, URL:

[https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG\\_QS-Verfahren\\_Ambulante-  
Psychotherapie\\_Abschlussbericht\\_2021-06-14\\_barrierefrei.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_QS-Verfahren_Ambulante-Psychotherapie_Abschlussbericht_2021-06-14_barrierefrei.pdf).

IQTIG (2022): Methodische Grundlagen V2.0, URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte-  
2/meg/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen\\_Version-2.0\\_2022-04-27\\_barrierefrei.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27_barrierefrei.pdf)

## **Überarbeitung des Einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter**

### ***Stellungnahme zum Vorbericht Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie***

Der vorliegende Bericht vom 25.07.2022 befasst sich mit der Frage nach einer sinnvollen Übertragbarkeit des Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung innerhalb der GKV-Versorgung auf die Gruppentherapie.

Im Rahmen der sorgfältigen und umfassenden Recherche wurde herausgearbeitet, dass Gruppentherapie einerseits gleichgestellt ist zum Einzelsetting und beispielsweise keine spezifischen Kontraindikationen vorliegen. Auch sei das zunächst für das Einzelsetting erarbeitete Qualitätsmodell auf das gruppentherapeutische Setting inkl. Kombinationstherapie anwendbar. Andererseits handelt es sich bei dem geringen Anteil der abgerechneten Therapieeinheiten insgesamt, die nur durch 7% aller Psychotherapeut:innen erbracht werden (vgl. BAGRU-Studie), um ein eher randständiges Versorgungsgeschehen. Zugleich wäre die Anwendung des Qualitätssicherungsverfahrens insbesondere in der Kombinationstherapie, die von zwei Psychotherapeut:innen durchgeführt würde, insbesondere aufgrund des Koordinierungsaufwands unverhältnismäßig aufwendig.

Die befragten Expert:innen wiesen überwiegend darauf hin, dass die jeweiligen Qualitätsindikatoren kein Verbesserungspotential für die Gruppentherapie hervorbrächten. Darüber hinaus wurde konstatiert, dass einige auf die Gruppentherapie nicht ohne weiteres anwendbar wären, weil beispielsweise die Diagnostik überwiegend im Einzelsetting stattfindet. Bei der Kombinationsbehandlung durch zwei Psychotherapeut:innen sei außerdem keine eindeutige Zuordnung möglich.

Darum ist es folgerichtig, dass die Autor:innen zu der Empfehlung kommen, die Gruppenpsychotherapie als Ganzes aus dem Qualitätssicherungsverfahren zunächst auszunehmen. Dies entspricht darüber hinaus dem politischen Willen, die Gruppentherapie als Versorgungsform zu fördern.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche durch das IQTiG und der Beratungen der Expert:innen zeigen deutlich, dass die Evidenzlage für viele Bereiche und insbesondere das Verbesserungspotential durch die operationalisierbaren Qualitätsindikatoren schwach ist. Die Qualitätsindikatoren müssen daher zunächst einer modellhaften Prüfung unterzogen werden, um weitere Daten zu gewinnen. Das Forscherteam der BAGRU-Studie kündigte eine Folgeuntersuchung an, deren Ergebnisse abgewartet und einbezogen werden sollten und schlug zur Förderung der Gruppenpsychotherapie die Schaffung alternativer QS-Maßnahmen nach dem mit Wegfall des Gutachterverfahrens „und damit einhergehend eine Verbesserung der Vernetzung der Therapeut:innen untereinander zwecks Intervision“ vor. Hier wird deutlich, dass Qualität eher durch strukturelle Verbesserungen gefördert werden könnte und sollte. Damit soll keine erneute Debatte über Strukturqualitätsindikatoren eröffnet werden (vgl. vorangegangenes

Stellungnahmeverfahren), sondern darauf hingewiesen werden, dass es andere Wege / Strukturen gibt oder geben sollte, um Versorgungsqualität zu verbessern.

Dass die Gruppentherapie zur Vermeidung neuer Hürden für dieses eigentlich förderungswürdige Setting aus dem QS-Verfahren zunächst ausgenommen wird, ist zu begrüßen. Langfristig wäre eine Übertragung inhaltlich grundsätzlich möglich, allerdings wäre eine Voraussetzung dafür, den Umfang, die *Praktikabilität* und den *Nutzen* des bisher entwickelten Qualitätssicherungsverfahrens sowie des Vorgehens insgesamt im Einzelsetting sorgfältig zu prüfen. Das geplante Modellprojekt, dessen Evaluation wissenschaftlich begleitet werden muss, würde dieser Anforderung Rechnung tragen und ist ausgesprochen absolut notwendig, um eine unnötige Mehrbelastung in den Praxen zu Ungunsten der Patient:innenversorgung zu verhindern.

Für den Transfer des Qualitätssicherungsverfahrens insgesamt in die Praxis sind die vom Expert:innengremium konstatierten Bedenken unbedingt zu beachten und im Modellprojekt zu berücksichtigen: Das Verfahren stößt auf wenig Akzeptanz bei den Leistungserbringenden, da bislang nicht genügend Aufklärung betrieben wurde. Zudem bestehen Sorgen, ob der erforderliche Datenschutz (inkl. Datensparsamkeit!) ausreichend gewährleistet ist und dass erneut technische Probleme auf die Praxen zukommen.

Dass Sozialdaten nicht genutzt werden können, ist wenig überraschend. Nichtsdestotrotz hatte der G-BA 2021 den Auftrag ausgesprochen, dies zu prüfen, um Dokumentationsaufwände zu verringern. Der Anspruch letzteres zu tun, besteht aus unserer Sicht weiterhin und könnte durch eine deutliche Reduktion des Indikatorensets erfolgen (Wegfall von Indikatoren, die keinen Mehrwert bezüglich der Qualitätssicherung erbringen). Auch dies sollte explizite Gegenstand des Modellprojekts und der damit verbundenen Pilotstudie sein.

In keinem Fall darf es zu einer unreflektierten Vermischung des Qualitätssicherungsverfahrens und der Basisdokumentation kommen, auch wenn die im Bericht beschriebenen „Synergieeffekte“ zunächst verlockend klingend: a) Die Zwecke beider Verfahren ebenso wie die Prozesse der Rechenschaftslegung im Falle von Fehlverhalten weichen deutlich voneinander ab, b) besteht zumindest die Gefahr, dass unnötig viele und sensible Patient:innendaten regelhaft gespeichert und verarbeitet werden (Prinzip der Datensparsamkeit als Teil des Datenschutzes!), c) wird der technische Aufwand ungleich höher, was potentiell auch mehr technische Ausfälle und Probleme bereitet. Ferner würde dieses Vorgehen der Akzeptanz und damit die konstruktive Mitarbeit nicht zuträglich sein.

Nicht zuletzt im Sinne unserer Patient:innen ist ein möglichst effektives, praktikables Gesamtkonzept wünschenswert, um am Ende mehr Zeit für die Versorgung selbst zu haben.



Dipl.-Psych. Dr. Johanna Thünker

Für den Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VPP im BDP e.V.)

# **Stellungnahmen der Mitglieder des Expertengremiums**

# Stellungnahme im Beteiligungsverfahren zum IQTIG-QS Verfahren Ambulante Psychotherapie-Ergebnisbericht- Gruppentherapie Vorbericht 2022-07-25

durch

Dr. Anne Dormann



## 1. Allgemeine Einschätzung:

Der Stellungnahme des IQTIG im o.g. Verfahren und der aus der abschließenden Einschätzung sich ergebenden Empfehlung, die Gruppentherapie nicht in das geplante QS-Instrument einzubeziehen (S. 5 Vorbericht unten), halte ich für sachlich und inhaltlich richtig. Es fehlt der Nachweis einer versorgungsrelevanten Verbesserungspotentials. Ebenso gibt es vielfältige Kritikpunkte, die es zum jetzigen Zeitpunkt ungünstig erscheinen lassen, eine QS-Gruppe einzuführen. Weitere Schritte im Beschaffen von Evidenz zum Thema Gruppen-QS sind dringend erforderlich.

Im Weiteren werde ich zu einzelnen Problemen und zu im Bericht aufgeführten Ergebnissen Stellung beziehen.

## 2. Überarbeitung und Ergänzung des Qualitätsmodells und des Qualitätsindikatorensets

Ich möchte im Folgenden die wesentlichen Faktoren, die zu dieser Einschätzungen führen, zusammenfassen:

1. **Fehlender Nachweis der versorgungsrelevanten Qualitätsdefizite im Bereich der ambulanten Gruppentherapiedurchführung.** Die Literaturrecherche ergibt keine eingeschlossenen Studien zu Hinweisen Über-/Unter-/ Fehlversorgung, ebenso keine zum Rechercheblock „Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen“ Gruppentherapie (s.Vorbericht S. 53 und 54). Hierzu liegt dem IQTIG keine Literatur vor. Daher ist die Grundlage zur Aufwand und Nutzen abwägenden Erörterung der geplanten und vom Gesetzgeber geforderten QS-Erhebung in diesem Feld nicht gegeben.
2. **Fehlender Nachweis eines Verbesserungspotentials durch das Expertengremium.** Weder aus der Literaturrecherche noch aus dem Meinungsbild des gut und ausgewogen zusammen gestellten Expertengremiums hat sich eine klare Einschätzung eines relevanten Verbesserungspotentials der Qualität gemäß der genannten Qualitätsaspekte in der gruppentherapeutischen ambulanten Versorgung ergeben. Daraus ergibt sich, dass die grundlegenden Voraussetzungen für die Etablierung eines QS-systems, namentlich der Nachweis eines Verbesserungspotentials, nicht gegeben sind. Folgerichtig ist die Frage, ob eine klinisch relevante Verbesserung der Versorgung erreichbar wäre, grundsätzlich in Frage zu stellen. Die notwendige Aufgabe des IQTIG, hier ein Verbesserungspotential

glaubhaft darzustellen, konnte aufgrund der fehlenden Datenlage sowie fehlender Hinweisen nicht erfüllt werden.

3. **Unzureichende und lückenhafte Abbildung des „gültigen Standards“ für Gruppenpsychotherapie durch die herangezogenen Quellen.** Die Aufarbeitung der Literatur der Leitlinien durch das IQTIG zeigt nur sehr schwache und wenige Hinweise zur Durchführung/Indikation/Kontraindikation von Gruppentherapie. Lehrbuchwissen, das die theoretische und praktische Grundlage der Vermittlung und Aneignung der Fähigkeiten zur Durchführung von Gruppentherapien vermittelt, somit der „gültige Standard der Praxis“ sind, wurde nicht einbezogen in der Festlegung der Qualitätsaspekte.
4. **Überrepräsentation des Einsatzes von standardisierten Meßinstrumenten als klinischer Standard.** Aufgrund der Ableitung der „gültigen Therapiestandards“ einzig aus Behandlungsleitlinien, die zudem gar nicht auf Gruppenpsychotherapie fokussiert sind, entsteht eine Schieflage, die den Einsatz psychometrischer Tests überbetont. Im Forschungssetting ist die regelmäßige psychometrische Erfassung der diagnostischen Kategorien und der Kategorien der Zielvariablen des jeweiligen psychotherapeutischen Ansatzes zentral gefordert. Sie ist je nach Verfahren mit hohem Zeitaufwand verbunden und bedarf teilweise einer spezifischen Schulung in der Durchführung. Danach gehen sie in die Leitlinienempfehlungen ein und überbewerten durch die fehlende externe Validität der RCTs diese Maßnahmen, die im klinisch-praktischen Gebrauch wesentlich weniger Bedeutung haben. Eine Umsetzung einer Leitlinienempfehlung bedeutet zudem nicht, die Umsetzung bei jede\*r Patient\*in, sondern das kluge und vor dem Hintergrund der klinischen Daten stattfindende Abwägen der Notwendigkeit, da neben der Einhaltung der hohen medizinisch wissenschaftlichen Standards ein maßvoller, zielgerichteter und wirtschaftlicher Einsatz von diagnostischen Mitteln angezeigt ist.
5. **Eingriff in die Indikationshoheit bei impliziter Normsetzung durch die Qualitätsindikatoren.** Ein massiver Eingriff in die Indikationsfreiheit ist zu befürchten, insbesondere in den zwei Qualitätsindikatoren: im Qualitätsaspekt „Diagnostik“: „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten“ und im Qualitätsaspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschrittes im Verlauf“: „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten im Therapieverlauf“. Psychometrische Test liegen nicht zu allen gruppentherapeutischen Anwendungen vor, sie sind keinesfalls durchweg etabliert und den Leistungserbringer\*innen bekannt. Noch werden diese gelehrt. Daraus ergibt sich, dass der Einsatz eines solchen Qualitätsindikators massiven Einfluss auf die klinische Praxis haben würde. Die Grenzen der statistischen Auffälligkeit der Qualitätsindikatoren käme somit einer Normierungsfunktion in der klinischen Praxis gleich. Die Frage der Indikationsfreiheit betrifft alle Verfahren gleichermaßen. Es betrifft die systemische und psychodynamischen Psychotherapieformen jedoch graduell stärker, da diese schulenspezifisch weniger fragebogenorientiert in der Therapiekonzeption vorgehen.

### 3. Grundlegende Probleme der Qualitätsindikatoren zum jetzigen Entwicklungsstand

Es folgen Anmerkungen zu der Zusammenfassung der Ergebnisse des Expertengremiums (s. Vorbericht S.70 bis 76) die sowohl die Gruppenpsychotherapie, als auch das Verfahren bezogen auf die Qualitätserhebung der Einzelpsychotherapie beziehen

1. **Abprüfung sehr basaler, zentraler, allgemeingültiger Faktoren der Therapiedurchführung.** Die Qualitätsindikatoren „Umfassendes diagnostisches Gespräch mit Erfassung von behandlungsrelevanten Dimensionen“, „Formulierung von Patientenindividuellen Therapiezielen“, „Reflexion des Therapieverlaufes“, „Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung beteiligten“, „Reflexion des Therapieverlaufes hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie“, „Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie“ zum Teil sehr basale, weit gefasste Items auf, die die Grundlage ärztlichen Handelns und psychotherapeutischer Heilkunde sind. Sie sind zudem im Sinne der Erhaltung des gewünschten Antwortverhaltens leicht im Sinne der gewünschten Antwort zu beantworten und damit wenig valide und täuschungsanfällig. Diese Kritikpunkte wiegen über alle Therapieverfahren gleich stark.
2. **Fraglicher Nutzen für die Leistungserbringer\*innen und damit vermutete Akzeptanzprobleme.** Die Akzeptanz bei den Leistungserbringer\*innen erscheint mir nicht sicher gegeben. Auf dieses Problem wird im Ergebnisvorbericht durch das IQTIG auf S. 75 Bezug genommen. Es wird vermutet, dass Aufklärungsarbeit notwendig sei und dadurch Akzeptanz erreicht werden könne. Die Akzeptanzprobleme, denen ich in vielen berufspolitischen Diskussionen begegne liegen nicht in fehlender Aufklärung (diese ist natürlich aufgrund der wenigen bisher bekannten Eckdaten schwach) begründet. Der psychotherapeutisch berufspolitische Diskurs bringt vielmehr grundlegende Zweifel der formalen Variablen und der Gesamtkonzeption zum Ausdruck. Der Erhebungsweg, die Anzahl der zu bewertenden Items, die Sanktions- und Steuerungsmechanismen, der Plan der Vollerhebung, die steuernde Normierung durch das QS-Instrument durch die Definition der Auffälligkeitsbereiche (insbesondere beim Einsatz der standardisierten diagnostischen Tests) waren die häufigste Kritikpunkte, denen ich begegnet bin. Der Zweifel an einer wirksamen Verbesserung der Psychotherapien und der Eindruck eines überdimensionierten, teuren, bürokratischen Kontrollmechanismus führen dann zu einer eher ablehnenden Haltung weiter Teile der klinisch tätigen Psychotherapeut\*innen. Zudem ist nicht außer acht zu lassen, dass in der psychotherapeutischen Profession interne Qualitätssicherung über Supervision, Intervision, spezifische Arbeit am konkreten Einzelfall vor dem Hintergrund der subjektiven emotionalen Reaktion der Therapeut\*in im vertrauensvollen, sanktionsfreien Kontext stattfindet. Diese Diskrepanz führt ebenfalls zu Akzeptanzproblemen. Zudem wird ein Instrument, das die basalsten ärztlich- psychotherapeutischen Behandlungsgrundlagen überprüft, als ein basales Misstrauensvotum gegenüber der psychotherapeutischen Profession verstanden. Dies verschlimmert sich durch den fehlenden oder schwachen Nachweis von Verbesserungspotentialen.
3. **Erwartbare Akzeptanzprobleme durch Patient\*innen.** Die Akzeptanz bei den Patient\*innen erachte ich auch für fraglich, da diese, so sie die Therapie nicht abbrechen, eine hohe Zufriedenheit mit durchgeführten Psychotherapien haben. Zudem ist es in Psychotherapien, die ja der Bewältigung von zwischenmenschlichen

Konflikten dienen, immanenter Bestandteil, kritische Aspekte der Patientenbeziehung innerhalb der Psychotherapie zu besprechen.

4. **Vergesslichkeit der Patientinnen können zu verzerrten Ergebnissen führen.** Die rückwärtige Erhebung ist sicherlich zu befürworten, da sie den Therapieprozess nicht interferiert. Jedoch ist die Abrufbarkeit der durchgeführten Maßnahmen nach Abschluss der Psychotherapie für den Patient\*in oft nicht gegeben. Schon im normalen klinischen Alltag erlebe ich, dass Patient\*innen im Laufe der Therapie getroffene Absprachen oder Erläuterungen vergessen, Aufklärungen zu Diagnose oder Therapieverfahren nur teilweise erinnern. Dies ist nicht als eine Aufforderung zu vermehrter Aufklärung zu verstehen (s. Vorbericht S. 71), sondern ein Prozess, dass Dinge, die der Patient\*in unwichtig erscheinen, vergessen werden.

#### 4. Verantwortungszuschreibung bei unterschiedlichen Leistungserbringern

Bei der Kombinationstherapie durch 2 Therapeut\*innen ist die Verantwortungszuschreibung problematisch. Im Bereich der Kombinationstherapie mit 2 Leistungserbringer\*innen ist die Zuordenbarkeit kaum gegeben: Die Wirkung der Therapie beruht auf einer starken Interdependenz der durch beide Therapeut\*innen erbrachten therapeutischen Interventionen, die sich gegenseitig beeinflussen. Zudem ist die Patient\*in vor doppelter Diagnostik zu bewahren. Hier konnte im Gremium keine zufriedenstellende Konzeptualisierung gefunden werden und ich stimme der Einschätzung daher zu, dass hier eine Lösung sehr vorsichtig zu prüfen sei.

#### 5. Schritte zum Regelbetrieb

In den Ausführungen wird eine Erprobung „im größeren Umfang als in einer klassischen Machbarkeitstudie“ (s. Vorbericht S.85) empfohlen. Diese Empfehlung unterstütze ich deutlich. Die verschiedenen gebrachten Argumente wie die Notwendigkeit der sicheren, praktikablen Softwarelösung, die weitere inhaltliche Fokussierung, der Abschätzung und Kalibrierung der Referenzbereiche, sowie des Zeitaufwandes und der Kompatibilität mit dem klinischen Alltag sind nachvollziehbar und bedeutsam.

##### Erwartungen der Leistungserbringer:

Bezüglich der externen QS erwarten Leistungserbringer folgendes:

- Dass es ihre Arbeit qualitativ fördert, wo Defizite bestehen.
- Dass eine gründliche Analyse der wissenschaftlich nachgewiesenen Versorgungsdefizite, die mittels QS behoben werden sollen, stattgefunden hat.
- Dass das QS-System in ihre Arbeitsweise und Lernweise integrierbar ist. Diese besteht in Fortbildungen und spezifischen Reflektionen über eigenes therapeutisches Tun am konkreten Fall. Das Konzept der Sanktionierung über Standardisiertes Dialoge etc. entspricht dem nicht.
- Dass ihre ärztlich-psychotherapeutische Indikationsfreiheit durch das QS-Instrument nicht beeinflusst wird, z.B. zum Einsatz von diagnostischen Instrumenten.
- Dass die Verbesserungsumfänge, die erreicht werden sollen, ebenfalls durch wissenschaftlich basierte Ergebnisse und validierte und unstrittige psychotherapeutische Maßnahmen, die auch in der Lehrpraxis weitergegeben werden, erreichbar sind.

- Dass sie sich auf einen konkreten, definierten und umschriebenen Bereich der Versorgung beziehen, in dem ein Verbesserungsbedarf an zu streben ist. z.B. die integrierte Versorgung, Aufklärung und Behandlung somatoform Erkrankter.
- Dass sie datensparsam ist, was einer Vollerhebung widerspricht.
- Dass sie kostengünstig ist.

### Zum Modellprojekt

Folgende Punkte sollten berücksichtigt werden:

1. **Dringende Notwendigkeit zur Verringerung der Datenmenge: Stichprobenerhebung statt Vollerhebung.** Bei der unsicheren Datenlage zum Verbesserungspotential und der sehr hohen Anzahl an Fällen pro Jahr (vermutlich mehrere Millionen) ist kein Verhältnis zwischen geplantem Aufwand und vermuteten Nutzen zu erwarten. Eine Verschwendung von Geldern ist zu befürchten. Daher sollte eine begleitende Aufschlüsselung von Kosten und Nutzen integraler Bestandteil der Studie sein.
2. **Fehlerfreies Funktionieren der Softwarelösung zuvor zu etablieren.** Die vorgeschlagene vorgeschaltete Phase in einem regional begrenzten Regelbetrieb möchte ich sehr befürworten. Mit der Einführung der TI und der Einführung der jeweiligen Komponenten gingen jeweils erhebliche Probleme mit der Softwarelösung und den entsprechenden Updates hervor. Die damit einhergehenden starken Sanktionen bei Nichterfüllung setzen Leistungserbringer\*innen erheblich unter Druck. Zu Unrecht, da diese auf die Geschwindigkeit der Softwarehäuser keinerlei Einfluss haben. Daher ist die Durchführung der Etablierung der Software, der Einbindung in alle PVS Systeme, die Wege der Datenübermittlung zuvor störungsfrei zu etablieren, bevor diese im bundesweiten Rollout durchgeführt werden soll. Dies würde zu erheblicher Akzeptanzverbesserung führen!
3. **Nachweis von spezifischen Verbesserungspotentialen.** Die Durchführung eines Modellprojektes sollte mit einer Versorgungsstudie vorbereitet und begleitet werden. Ein hoher weitergehender Bedarf an Forschung zum Qualitätsstand der ambulant durchgeführten Psychotherapie und insbesondere Gruppentherapie besteht offensichtlich, das ist meines Erachtens nach der zentrale Schluss aus der akribischen Recherche durch das IQTIG. Dieses so nicht vorhergesehene grundlegende Problem dieser externen Qualitätssicherungsmaßnahme führt zu geringem Datenmaterial und unklaren Vorstellungen von spezifischen Verbesserungspotentialen. Diese Datengrundlage müsste zunächst etabliert werden. Zudem wäre eine Vergleichsgruppe mit Messung des Verbesserungspotentials unter „Treatment as usual“, d.h. unter Berücksichtigung der grundsätzlich durchgeführten internen QS (Supervision, Fortbildung, Intervision) zum Beispiel unter gezielter Schulung der Therapeut\*innen zu den Qualitätsaspekten hilfreich und wünschenswert, um den günstigsten Weg der Qualitätsförderung wissenschaftlich etablieren zu können.
4. **Modellstudie mit umfangreichen Messungen unabdingbar:** Es folgen einige Kriterien, die in einer Modellstudie erfasst werden sollten:
  - a. Erhebung der durch Therapeut\*innen aufgewendeten Zeit für das Ausfüllen der QS Dokumentation, inklusive der für etwaige strukturierte Dialoge etc. und für Softwareadaptationen
  - b. Erhebung der Patientenrücklaufquote
  - c. Abschätzung der Quote an Auffälligkeiten und Versorgungsverbesserung, und des gesundheitswirtschaftlichen Nutzens an harten Kriterien

- d. Begleitendes Monitoring, ob negative Effekte durch das QS von Therapeut\*innen berichtet werden (z.B. Normorientiertes Verhalten entgegen klinischer Einschätzung, Störeffekte auf die therapeutische Indikationsfreiheit, Irritation des Therapieprozesses)
- e. Kontrolle über etwaige begleitende Probleme durch Software und formelle Aspekte
- f. Kostenerhebung und Kalkulation aller auch versteckter Kosten
- g. Mehrjährige Laufzeit um die Verbesserungseffekte erheben zu können
- h. Erhebung der Bewertung des Verfahrens durch Leistungserbringer\*innen und Patient\*innen

Freiburg, den 14.9.2022

Eutin d. 30.08.2022

Stellungnahme zum Vorbericht des IQTIG „Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ zweiter Teil „Gruppentherapie und systemische Therapie (diese Stellungnahme erfolgt – wie autorisiert- sowohl im Namen der DGSF als auch von mir als Einzelperson)

[REDACTED]

Vielen Dank für die Möglichkeit einer Stellungnahme zu oben genannten Bericht.

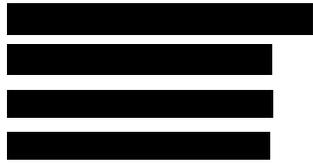
Dazu möchte ich folgendes anführen:

1. Sie beschreiben verschiedene Förderstrategien zur weiteren Etablierung von Gruppentherapie im psychotherapeutischen Angebot. Diesen von Ihnen aufgelisteten Möglichkeiten möchte ich in vollem Umfang zustimmen und freue mich, dass über die Erwähnung in diesem Kontext eine realistische Chance bestehen könnte, dass diese Punkte bei den Entscheidungsträgern Gehör finden werden.
2. Ihrem Resumee, das die bereits erarbeiteten Qualitätsindikatoren für Einzeltherapie auch für die systemische Psychotherapie Anwendung finden kann, stimme ich ebenfalls zu. Allerdings gelten hier zudem natürlich auch die für die anderen Verfahren benannten Einschränkungen.
3. Ich begrüße es sehr, dass Sie insgesamt zu dem Schluss kommen, die Etablierung von Qualitätsindikatoren für Gruppentherapie vorerst zurück zu stellen.
4. Ihre Entscheidung, den Auftraggebern (aus all den von Ihnen benannten Gründen) vorerst vorzuschlagen, die bisher erarbeiteten Indikatoren und Umsetzungsschritte vorab in einem Modellprojekt zu prüfen finde ich richtig und gut. Dafür ein weiteres Dankeschön!

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Brigitte Gemeinhardt

DGSF Vertreter



## **Stellungnahme zum Vorbericht des IQTIG vom 25. Juli 2022 zur Übertragbarkeit des einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens auf die Gruppenpsychotherapie.**

In meiner Stellungnahme will ich die zentrale Erkenntnis der Psychotherapieforschung berücksichtigen, dass in der Psychotherapie **verfahrensunabhängig** das Wirksame die Arzt/Patient-Beziehung ist. In der Gruppenpsychotherapie werden bestimmte Aspekte der Psychotherapie besonders deutlich erlebbar. Auf sehr viele Gesichtspunkte, die in der Expertinnenrunde zur Sprache kamen, gehe ich nicht ein. Der Grund für mein Vorgehen liegt nicht nur in der Erfahrung aus meiner eigenen gruppentherapeutischen Tätigkeit und der Supervision zahlreicher Kolleginnen, sondern auch in meiner Leitung von wissenschaftlichen Fokusgruppen im Rahmen der 1. und auch schon der 2. BARGRU-Studie.

- „**Leistungserbringer**“ und „**Verantwortungszuschreibung**“ halte ich gerade **in der Gruppenpsychotherapie** für wichtige Begriffe (s. auch unter Kombinationstherapie). In der Gruppe wird besonders deutlich, dass nicht nur die Therapeutinnen, sondern auch die Patienten „Leistungserbringer“ sind. Die Patienten in einer Gruppe können Deutungen ihres Verhaltens viel unbefangener entgegennehmen, wenn sie von einem Mitpatienten stammen und nicht von der Gruppenleiterin. Die „Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer“ (S. 70 im Vorbericht) ist also gerade in der Gruppenpsychotherapie äußerst variabel. In einer gut arbeitenden Gruppe ist jeder Leistungserbringer und -empfänger. Die Leistung der Gruppenleiterin liegt eher im Wegräumen von Hindernissen zur freien Entfaltung der Gruppe als im Erbringen psychotherapeutischer Leistungen im engeren Sinne. Der Patient profitiert am meisten, wenn er sich selbst zu seinem ‚Psychotherapeuten‘ entwickelt.
- Ein weiteres Thema in der Expertinnenrunde waren die unterschiedlichen Strukturniveaus und das Weiterentwickeln der Diagnosen im Laufe der Gruppenspsychotherapie. Ein und derselbe Patient kann **zu unterschiedlichen Zeitpunkten unterschiedliche Strukturniveaus** aufweisen. Ob ein Patient sich in einem höheren oder niedrigeren Strukturniveau befindet, hängt neben seiner innerlichen Befindlichkeit, mit der er in die Gruppensitzung kommt, auch sehr von der Aufnahmebereitschaft seiner Gruppe in einem gegebenen Augenblick ab.

- Die **Diagnose** ist fluid: die Diagnose ändert sich im Laufe der Therapie und – wenn man genauer beobachtet – oft sogar im Laufe einer Gruppensitzung. Diese Tatsache wird im Vorbericht sehr deutlich erwähnt (S. 70 im Vorbericht, Begründung S. 71 und 74). Diesem schnellen Hin und Her in der Struktur und Diagnose – die der Entwicklung in der Therapie geschuldet ist – steht das Sicherheitsbedürfnis beider Teilnehmer der Behandlung entgegen, dass sowohl der Patient als auch die Behandlerin sich gerne auf eine stabile Diagnose einigen, was erst einmal oberflächliche Sicherheit verheißt. Eine konstante Diagnose dient zur äußeren Sicherheit aller. Manchmal kann sie aber auch zur Behinderung von Entwicklung führen.
- Dass diese „**statische**“ Sicherheit von **Struktur und Diagnose** oft emotional nicht stimmig ist, nehmen die Gruppenteilnehmer nicht selten unwillkürlich in Kauf. (Ein Patient tut in der Regel alles, um sich seine Gruppe zu erhalten, auch wenn er sich nicht immer ganz verstanden fühlt.) In einer gut arbeitenden Gruppe hingegen nutzt man diese unterschiedlichen emotionalen Befindlichkeiten, um einander differenzierter kennenzulernen.
- Wenn z.B. der Patient vergessen hatte – so kam es in der Expertinnenrunde zur Sprache –, dass er über die **Diagnose aufgeklärt** worden war, fühlen sich Behandlerinnen oft verpflichtet, diese Aufklärung zu wiederholen. Notfalls tun sie das sogar mehrfach, bis sie sicher sein können, dass der Patient die Diagnose begriffen hat. Solche Patienten allerdings, die gerne möchten, dass Ihre Ärztin Bescheid weiß, sie selbst jedoch alles nicht so genau wissen möchten, kommen dann zu kurz und fühlen sich in eine Verantwortung gedrängt, die sie gerne allein der Ärztin überließe. Patienten, welche gerne unaufgeklärt bleiben, werden somit zur Aufklärung gezwungen. (Es gibt demgegenüber ja auch viele ganz anders strukturierte Patienten, die kein einziges Wort ihrer Behandlerin geschweige denn ihre Diagnose vergessen.) – Solche Differenzierungen zwischen unterschiedlichen Bedürfnissen ihrer Patienten sind für uns praktisch tätige Therapeutinnen eigentlich sehr wichtig.

Es sah gelegentlich so aus, als ob die Expertinnen unterschiedlicher Meinung gewesen seien, auch in Augenblicken, wo dies nicht der Fall war. Dieser Eindruck kam gelegentlich dadurch zustande, dass von jeweils unterschiedlichen Therapiesituationen die Rede war. Besonders oft kam dieser Eindruck allerdings dadurch zustande, dass die Ebene der konkreten therapeutischen Situation und die Ebene der Theorie über die therapeutische Situation leicht verwechselt werden können.

- Zum Schluss noch eine Ergänzung zur **Kombinationstherapie**, die im Vorbericht sehr genau behandelt wird (S. 74 und 82 – 84, s. a. IQTIG, 2022a, S 126 f.). Natürlich ist es in der Regel wünschenswert, wenn in der Kombinationstherapie die Behandlerinnen sich miteinander austauschen. Wichtig ist es allerdings auch, dass die spontanen Ideen des Patienten über den Austausch seiner Therapeutinnen beobachtet und verstanden werden. In einigen Fällen kann es auch sinnvoll sein, wenn sich beide Therapeutinnen weniger untereinander austauschen und sich besser sehr genau mit den Phantasien des Patienten über ihren Austausch befassen. Hier kann der Patient sich vieles über sein Innenleben klar machen, was bei der Konzentration auf einen für alle

transparenten Austausch der Fakten verloren gehen kann: die Transparenz für die Befindlichkeit des Patienten kann in Konkurrenz mit der rechtlichen Absicherung der Behandlerinnen geraten.

Hier droht die Gefahr, dass die Beschäftigung mit der Seele des Patienten, mit seinem Unbewussten, das es zu entdecken und verstehen gilt behindert wird. Das **Unentdeckte** kann durch Konzentrieren auf Organisatorisches leicht verschüttet werden. Was dem Patienten – und zu Beginn einer Behandlung oft auch uns Therapeutinnen – noch nicht zugänglich ist, muss seinen Ausdruck finden können, damit eine **Gruppenpsychotherapie heilsam** werden kann.

Diese Beobachtungen führen zu einem Gedanken, den ein anderer Teilnehmer an der Expertinnenrunde in unserer Diskussion mehrfach anspricht: Die **Nebenwirkungen von QS auch in der Gruppenpsychotherapie**. Ich hoffe, dieser Kollege wird das Thema in seiner Stellungnahme ausführen.

**Von:** [Michael Linden](#)  
**An:** [IQTIG\\_Verfahrensentwicklung](#)  
**Betreff:** AW: IQTIG - Überarbeitung QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie - Vorbericht/Beteiligungsverfahren  
**Datum:** Montag, 22. August 2022 10:25:00  
**Anlagen:** [1040\\_UE-Erfassung\\_UE-G.pdf](#)  
[883\\_UE\\_ErgoTherGruppen\\_FortschrNeurolPsychiat.pdf](#)  
[849\\_UE\\_VTGruppe.pdf](#)

---

ich habe den Vorbericht zur Gruppentherapie vom 25.7.22 nochmals durchgesehen. Dabei sind mir folgende Punkte aufgefallen, die man evtl. nochmals überprüfen könnte:

S. 16 u.a.: Es wird von „Qualitätssicherungsverfahren“ gesprochen. Das bedeutet, dass nicht nur Qualitätsindikatoren zusammengestellt werden können, sondern auch „Sicherungsmaßnahmen“ ausgearbeitet werden, für die begründet nachvollziehbar ist, wie sie die „ambulante psychotherapeutische Versorgung verbessern“ können.

Mir scheint, dass das ein wichtiger Aspekt ist, der in der Einleitung eine grundsätzliche Darstellung verdient.

S. 17 u. S. 18: Wichtige Punkte die evtl. zu ergänzen wären sind:

- Korrektes Störungsmodell
- Technisch korrekte Durchführung der therapeutischen Interventionen,
- Nebenwirkungen und Nebenwirkungsmanagement
- Koordinierung mit Vor- und Nachbehandlern

S. 20, 78, 81 u.a.: Es sollte ausgeführt werden, dass die Daten der Krankenkassen bei korrekter Datenaufbereitung eine Reihe von Qualitätsparametern erfassen könnten, die auch mit Blick auf den einzelnen Therapeuten eine unmittelbare Rückmeldung erlauben würden. Beispiele sind die Bestimmung der Patientenzahl in der Gruppe, die Zahl der Therapeuten, die Zuordnung der Patienten zu einzelnen Therapeuten, die Dauer der Therapie, die Fachkunde der Therapeuten, die Durchführung von Tests, die Koordinierung mit anderen Behandlern, die Stetigkeit der Therapiedurchführung uvm. Der Abschlusssatz auf S. 81 sollte möglicherweise umformuliert werden..

S. 33: Es stellt sich die Frage, wie in der gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung unter Gruppenbedingungen eine Anamnese und eine tragfähige differentialdiagnostische Klärung erfolgen könnte. Ich halte das für nicht möglich.

S.35, 80: Die Absprache zwischen Therapeuten, seien es Parallel-, Mit-, Vor- oder Nachbehandler ist dringend zu verbessern, ebenso wie die Vorbereitung der Anschluss- und Weiterbehandlung in der Grundversorgung, da in der Psychotherapie nur selten eine Remission erreicht wird. Die Förderung der Behandlungs koordinierung erfordert Änderungen in der Gebührenordnung. Die Krankenkassen, KVen und der EBM könnten einen Beitrag zur Behandlungsqualität leisten, wenn beispielsweise der Austausch und die Abstimmung zwischen Einzel- und Gruppentherapeut aber auch zwischen Psychotherapeuten und sonstigen mit dem Patienten befassten Personen angemessen vergütet würde.

S. 41: Es sollte angemerkt werden, dass viele einschlägige Untersuchungen zeigen, dass Menschen eine Einzeltherapie bevorzugen. Das berührt das Selbstbestimmungsrecht der

Patienten.

S. 45, 46: Das Zitat Nice 2020c sollte mit mehr Vorsicht formuliert werden. NICE ist keine wissenschaftliche Institution, sondern ein politisches Beratergremium für das Britische Gesundheitswesen unter den sehr einschränkenden Vorgaben des NHS. In England besteht Psychotherapie z.B. grundsätzlich nur aus sechs Sitzungen. Niedergelassene Psychotherapeuten wie in Deutschland gibt es auch nicht. Die Behauptung, dass Gruppentherapie zu bevorzugen sei bedeutet nur, dass man versuchen sollte Kosten zu sparen und Einzeltherapie gar nicht verfügbar ist.

Ähnliches gilt auch für die Gleichstellung von Gruppe und Einzeltherapie. Die Datenlage ist diesbezüglich völlig ungenügend und läßt eine tragfähige Aussage nicht zu.

S. 52: zu den Negativaspekten von Gruppentherapien sollte auch deutsche Untersuchungen erwähnt werden (s. Anhang).

S. 81: Die Stetigkeit der Therapiedurchführung könnte über die Abrechnungsziffern geprüft werden.

S. 83: Es gibt in der Medizin grundsätzlich eine Gesamtverantwortung aller an einem Patienten tätigen Behandler. Koordinierungsversagen ist ein häufiger Kunstfehlervorwurf.

S. 86: Es könnte deutlicher gesagt werden, dass Qualitätssicherungsmaßnahmen „Interventionen“ sind, die darauf abzielen, die Krankenbehandlung zu verändern. Insofern unterliegen sie den gleichen rechtlichen und ethischen Regeln wie andere Behandlungsinterventionen. Eine Machbarkeitsstudie ist daher nicht hinreichend. Es muß gezeigt werden, dass sie wirksam sind, sonst ist es nicht erlaubt, Geld der Versicherten dafür auszugeben und Patienten und Therapeuten damit zu belästigen. Es muß vor allem gezeigt werden, dass keine relevanten Nebenwirkungen auftreten, womit bei QS immer zu rechnen ist.

88: Wie oben bereits gesagt sollte nochmals klarer definiert werden, was eigentlich Qualität in der Krankenbehandlung ist und was „gesichert“ werden soll.

89: Die Forderung nach einem Beschwerdemanagement sollte präzisiert werden, da hier vieles zusammenkommt (Unzufriedenheit, Nichterfüllung von Wünschen, Kunstfehler, Krankheitssymptomatik, uvm.).

Ich hoffe, dass meine Hinweise hilfreich sind und verbleibe mit besten Grüßen

Ihr

M. Linden

**Prof. Dr. Michael Linden**

Charité Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik m.S. Psychosomatik,  
Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation (FPR)  
CBF, Hs IIIA, Rm 15/16, Hindenburgdamm 30, D 12200 Berlin

[REDACTED]

[REDACTED]

IVB, Institut für Verhaltenstherapie Berlin GmbH

Hohenzollerndamm 125-126, 14199 Berlin (Wilmerdorf)

[REDACTED]

[REDACTED]

Stellungnahme zum Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie [inkl. Kombination sowie Systemische Psychotherapie] (Vorbericht) des IQTIG vom 25.07.2022 zum Projekt „Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“

Daniel Weimer, Mannheim

Im Folgenden äußere ich mich als Teilnehmer des Expertengremiums zur IQTIG-Verfahrensentwicklung im Rahmen des o. g. Projekts (Gesamtleitung Prof. Dr. J. Pauletzki), das am 09.06.2022 als Online-Konferenz mit dem Schwerpunkt Gruppenpsychotherapie bzw. Kombinationstherapie und Systemische Psychotherapie unter Leitung von Frau F. Schoeler-Rädke, M.A., zusammengetreten ist.

Der vorgelegte Bericht stellt das (Teil-)Resultat eines Prüfauftrags dar, den das IQTIG vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erhalten hatte, und hat die Überprüfung der Frage zum Gegenstand, ob das zuvor beauftragte und in Entwicklung befindliche QS-Verfahren und sein Qualitätsindikatorenset sich auch auf die im Gruppensetting durchgeführten Behandlungen und auf die Systemische Therapie als Richtlinienverfahren erstrecken sollten.

Er kommt zu dem Ergebnis, dass das Qualitätsindikatorenset (u. a. mangels Verbesserungsbedarf) nicht auf das Setting der Gruppentherapie anwendbar ist, wohingegen es „uneingeschränkt auch für die Systemische Therapie“ (S. 6) empfohlen wird.

Eine Einschränkung stellt dabei dar, dass sich diese Empfehlung lediglich auf die Systemische Therapie im Einzelsetting bezieht, während das Verfahren vom Grundgedanken her auch – und wohl vor allem – eine Behandlung des pathogenen Systems in Anwesenheit mehrerer Angehöriger dieses Systems vorsieht. „Welches System als das therapeutisch relevante zu betrachten ist und welche Personen im Einzelfall in die Therapie einbezogen werden müssen, ist nicht allgemeingültig zu sagen“ (Simon & Stierlin, 1984, S. 357). Überdies gelten die bereits verschiedentlich vorgebrachten Vorbehalte und Kritikpunkte gegenüber einer Gültigkeit für alle in der Psychotherapie-Richtlinie vertretenen Verfahren beanspruchenden und auf externe Qualitätssicherung abzielenden Modell mit zentraler Datenzusammenführung natürlich in gleicher Weise auch für die Systemische Therapie, durch deren Aufnahme in die Psychotherapie-Richtlinie ein wichtiger Beitrag zur Verfahrensvielfalt geleistet wurde. Damit Psychotherapie den Menschen in ihrer Vielfalt gerecht werden kann, muss psychotherapeutische Arbeit einem idiographischen und eben nur in Grenzen nomothetischen und normierbaren Vorgehen folgen (vgl. Argelander, 1970/1992; Eckstaedt, 1995; Maio, 2016, 2021; Galliker, 2022), was entsprechende Implikationen für die Qualitätssicherung mit sich bringt.

Gleichzeitig können Paradigmen der Psychotherapieforschung nicht 1:1 auf die psychotherapeutische Versorgung „im Feld“ übertragen werden.

Aus diesem Grunde ist für ein neu zu implementierendes Qualitätssicherungsverfahren in der Psychotherapie vorher eingehend und kritisch zu überprüfen, ob und inwieweit ein solches Verfahren tatsächlich geeignet ist, Qualität im psychotherapeutischen Feld zu sichern, und nicht nur einen „gestiegenen Kontrolldruck“ (Bruder-Bezzel, 2016, S. 20) umzusetzen.

Auf keinen Fall darf in Behandlungen so weit eingegriffen werden, dass der Behandlungserfolg dadurch gefährdet wird. Insbesondere ist regelmäßig zu erwarten, dass die vorgeschlagenen Qualitätsindikatoren das Kriterium nicht erfüllen, vom Verfahren (und überdies häufig auch von der Diagnose) unabhängig zu sein. Insofern besteht die Gefahr, dass Qualitätssicherungsmaßnahmen – so sinnvoll sie prinzipiell sein mögen – tief in das Behandlungsgeschehen eingreifen. Dies ist insbesondere für die psychoanalytisch begründeten Verfahren TP und AP zu erwarten, aber keinesfalls auf diese beschränkt, führen doch auch viele Verhaltenstherapeut\*innen und Systemische Psychotherapeut\*innen hoch individuelle Behandlungen durch, die sich nicht an standardisierten Manualen orientieren und sich auch nicht an diesen messen lassen. Dies ist keineswegs ein Manko, wie man aus einer zu eng verstandenen QS-Perspektive heraus vermuten könnte, sondern vielmehr – oftmals – eine Stärke und ein Zeichen dafür, dass das therapeutische Paar seinen individuellen Behandlungsweg für den/die betreffende\* Patient\*in gefunden und vereinbart hat. Unabhängig davon ist das Erforderlichwerden von Ausnahmen für ein oder mehrere Verfahren etwa beim Einsatz standardisierter diagnostischer Instrumente ein Hinweis auf die Untauglichkeit des betreffenden Qualitätsindikators mangels Verfahrensunabhängigkeit. Insofern erscheint es fraglich, ob ein QS-Verfahren verfahrensübergreifend entwickelt werden kann. Dies zeigt sich z. T. auch in der Patientenbefragung (IQTIG, 2021), etwa wenn in Item 16 gefragt wird, ob der/die Therapeut\*in „an den“ für den/die Patient\*in wichtigen „Themen gearbeitet“ habe, was das elementare therapeutische Prinzip außer Acht lässt, dass es sich – wie bereits im Expertengremium zur Patientenbefragung verschiedentlich angesprochen wurde – um eine *gemeinsame* Arbeit handelt, deren Gegenstand in den psychoanalytisch begründeten Verfahren primär von den Einfällen, Wahrnehmungen, Mitteilungen und Themen der Patient\*innen *bestimmt* wird (vgl. z. B. Weimer, 2015), so dass eine entsprechende Frage ein das grundlegende psychotherapeutische Vorgehen verzerrendes Bild verbreiten und nachträglich verunsichernd wirken dürfte.

Um Schaden von Behandlungen abzuwenden, müsste in jedem Fall vor einem Einsatz eines wie auch immer gearteten QS-Verfahrens vorab eine Erprobung an einer repräsentativen Stichprobe erfolgen, und zwar unter Einbeziehung von in den von der QS erfassten Psychotherapieverfahren ausgewiesenen Expert\*innen. Um der Gefahr einer Reduktion von psychotherapeutischen auf ökonomische Fragestellungen vorzubeugen, ist das entsprechende QS-Verfahren selbst auf Ökonomie im Sinne von tatsächlicher Notwendigkeit und Datensparsamkeit zu überprüfen. Die untersuchten Variablen müssen in ihrer Anwendung realistisch, unabdingbar und messbar sein. Der Daten- und Persönlichkeitsschutz der Patient\*innen, aber auch der Therapeut\*innen ist unter allen Umständen sicherzustellen.

Die oben genannten Punkte sind bei der Einführung eines neuen Qualitätssicherungsverfahrens für einen Erhalt der Versorgungsqualität im psychotherapeutischen Sektor unerlässlich, was seitens des IQTIG erfreulicherweise z. T. sehr ähnlich gesehen wird, etwa wenn es ein Modellprojekt zur Evaluation des jetzigen Entwurfs befürwortet.

Im Übrigen stimme ich dem Ergebnis des Berichts bezüglich der Nichtanwendbarkeit des Qualitätsindikatorensatzes auf die Gruppen- und Kombinationstherapie – wie es auch das Expertengremium mehrheitlich bereits in der Sitzung vom 09.06.2022 getan hat – zu und begrüße, dass zum Ende des umfangreichen Berichts Überlegungen zu Verbesserungsmöglichkeiten der psychotherapeutischen Versorgung jenseits eines – m. E. in der aktuell vorgesehenen Form überdimensionierten und nicht gegenstandsadäquaten – QS-Verfahrens angestellt werden.

Mannheim, den 05.09.2022

Dr. Daniel Weimer

## Literatur

- Argelander, H. (1970/1992). *Das Erstinterview in der Psychotherapie* (5., unveränd. Aufl.). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Bruder-Bezzel, A. (2016). Identitätsformung durch das neoliberale Umfeld. In A. Bruder-Bezzel, K.-J. Bruder & K. Münch (Hg.), *Neoliberale Identitäten: Der Einfluss der Ökonomisierung auf die Psyche* (S. 13–28). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Eckstaedt, A. (1995). *Die Kunst des Anfangs: Psychoanalytische Erstgespräche*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Galliker, M. (2022). *Sozioökonomie und Psychotherapie: Austauschanalysen, Evaluationen, Perspektiven*. Lengerich: Pabst.
- IQTIG (2021). *Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter: Validierter Fragebogen*. Berlin: IQTIG. [[https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG\\_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie\\_Validierter-Fragebogen\\_2021-12-15.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie_Validierter-Fragebogen_2021-12-15.pdf) – Zugriff 05.09.2022]
- Maio, G. (2016). Verstehen nach Zahlen? Warum die Psychotherapie durch Ökonomisierung fehlgeleitet wird. In A. Bruder-Bezzel, K.-J. Bruder & K. Münch (Hg.), *Neoliberale Identitäten: Der Einfluss der Ökonomisierung auf die Psyche* (S. 93–102). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Maio, G. (2021). Verstehen nach Zahlen? Warum die Industrialisierung der Medizin dem falschen Paradigma folgt. In M. Wendisch (Hg.), *Kritische Psychotherapie: Interdisziplinäre Analysen einer leidenden Gesellschaft* (S. 117–121). Bern: Hogrefe Verlag.
- Simon, F. B. & Stierlin, H. (1984). *Die Sprache der Familientherapie: Ein Vokabular*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Weimer, D. (2015). Psychoanalytische Beziehungstheorie. In M. Galliker & U. Wolfradt (Hg.), *Kompendium psychologischer Theorien* (S. 374–377). Berlin: Suhrkamp.

