

Patientenbefragung

Ambulante Psychotherapie

Einbezug von bzw. Umgang mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch

Stellungnahmen

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Patientenbefragung Ambulante Psychotherapie. Einbezug von bzw. Umgang mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch. Stellungnahmen

Ansprechperson Dr. Veronika Andorfer

Datum der Abgabe 29. August 2025

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Prüfung und ggf. Erarbeitung des Einbezugs von bzw. des Umgangs mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch für das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie

Datum des Auftrags 29. März 2023 (Bearbeitung ab 1. Mai 2024)

Verzeichnis der eingegangenen Stellungnahmen

Stellungnahmen nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligten Organisationen und Institutionen

- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)
- Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e. V. (DPtV)
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV)
- Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration des Landes Baden-Württemberg (GMK-SM-BWL)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Patientenvertretung: Maßgebliche Organisationen nach § 140f SGB V (PatV)
- Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. (VPP im BDP e. V. / VPP-BDP)



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Beteiligungsworkshop des IQTIG zur „Prüfung und ggf. Erarbeitung des Einbezugs von bzw. des Umgangs mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch (für die Patientenbefragung) in das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie“

Berlin, 17.06.2025

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Der Bundesärztekammer wurde mit E-Mail vom 05.02.2025 als zu beteiligende Organisation gemäß § 137a Absatz 7 SGB V vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) die Möglichkeit zu einer Stellungnahme zum Beteiligungsverfahren zur „Prüfung und ggf. Erarbeitung des Einbezugs von bzw. des Umgangs mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch (für die Patientenbefragung) in das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie“ eingeräumt.

Hintergrund

Die Qualitätssicherung gesetzlich krankenversicherter erwachsener Patientinnen und Patienten in Kurz- oder Langzeittherapien gemäß der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) erfolgt gemäß Verfahren 16 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Es soll dazu dienen, belastbare Aussagen zur Versorgungsqualität zu gewinnen und Verbesserungsbedarfe aufzuzeigen. Gemäß § 1 in Verbindung mit § 19 Absatz 1 Teil 2 Verfahren 16 der DeQS-RL werden seit dem 1. Januar 2025 in der Erprobungsphase dieses QS-Verfahrens in Nordrhein-Westfalen nur Patientinnen und Patienten in Einzeltherapie befragt, die eine Psychotherapie regulär beendet haben.

Am 29. März 2023 beauftragte der G-BA das IQTIG mit der Prüfung, ob bzw. in welcher Form sich darüber hinaus Therapieabbrüche bzw. vorzeitige Therapieenden für das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie einbeziehen lassen.

Qualitätsrelevante Abbrüche oder vorzeitige Beendigungen von Psychotherapien kommen bei einem nicht zu vernachlässigenden Anteil der Psychotherapien vor, gemäß den Angaben des IQTIG bei zwischen 14,1 % und 23,5 % der Psychotherapien. Diese sind von vorzeitigen Therapiebeendigungen aus neutralen Gründen, wie z. B. Umzug einer Patientin oder eines Patienten oder Elternzeit einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten, abzugrenzen. Gemäß dem Auftrag des G-BA hat das IQTIG ein Verfahren zum Einbezug von vorzeitig beendeten Psychotherapien vorgelegt, das zentrale Themen der Versorgungsqualität von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten erfassen soll, die eine Richtlinien-Psychotherapie abgebrochen oder vorzeitig beendet haben. In dem Verfahren hat das IQTIG Definitionen von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigen Therapieenden erarbeitet und schlägt Anpassungen sowie Ergänzungen bezüglich der Qualitätsindikatoren und Fragebögen vor. Zudem werden Empfehlungen zur Umsetzbarkeit bezüglich des Fragebogens, der Datenfelder und zum Stellungnahmeverfahren bei rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen vorgelegt.

Die Bundesärztekammer nimmt zu den Beratungsunterlagen für den Beteiligungsworkshop des IQTIG im Rahmen dieses Verfahrens lediglich auf schriftlichem Wege wie folgt Stellung:

1. Zu „Unterlagen Beteiligungsworkshop“, S. 12 und „Fragebogen“, Frage 21

„Warum wurde die Psychotherapie beendet (Mehrfachantworten möglich)?

5. Antwortoption: „Es gab Probleme in der therapeutischen Beziehung (z. B. Meinungsverschiedenheiten, Konflikte, Übergriffigkeit)“

Anmerkung der Bundesärztekammer

Unterschiedlich schwerwiegende Gründe werden in einer Antwortoption zusammengefasst. Der Begriff der Übergriffigkeit ist zudem nicht selbsterklärend. Wie auch von den vom IQTIG befragten Expertinnen und Experten angemerkt, unterscheidet sich die Antwortoption

„Übergriffigkeit“ qualitativ von den anderen Möglichkeiten in der gleichen Zeile. Durch diese Formulierung werden Angaben zu möglichen stattfindenden Übergriffen verschleiert.

Die Formulierung „Probleme in der therapeutischen Beziehung“ ist für Patientinnen und Patienten ggf. unklar. Ggf. könnte erwogen werden, die Reihenfolge der Antwortoptionen für die Abfrage der Gründe zum vorzeitigem Therapieende bzw. Therapieabbruch (S. 12) zu ändern. Die nun gewählte Reihenfolge scheint keinem unmittelbar klaren Muster zu folgen. Positives und Negatives, wie eine Verbesserung bzw. Verschlimmerung der Beschwerden, sowie neutrale Gründe, wie die Änderung der Lebensumstände, stehen direkt untereinander. Aspekte, die die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten bzw. die psychotherapeutische Beziehung betreffen, sind nicht zusammen gruppiert. Nicht nachvollziehbar ist die Antwortoption „Es gab Meinungsverschiedenheiten oder Konflikte in der Gruppe“, da eine Befragung nur bei Einzeltherapien stattfindet. Es bestehen zudem Überschneidungen mit den übrigen Items im Fragebogen.

Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Sofern die Unschärfe bezüglich der „Übergriffigkeit“ aus forensischen Gründen bewusst gewählt wurde, um mögliche berufs- und strafrechtlich relevante Verfehlungen der Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten **nicht** im Rahmen der Qualitätssicherung herauszuheben, sollte dies erläutert werden. Zudem sollte bei Frage 21 im Patienten-Fragebogen bei der Option „Sonstige Gründe“ ein größeres Antwortfeld vorgesehen werden.

Aus Transparenzgründen könnte erwogen werden, die Antwortoption zu z. B. Meinungsverschiedenheiten ohne die Verwendung des Begriffs „therapeutische Beziehung“ zu formulieren. Aufgrund der Überschneidungen mit den weiteren Items des Fragebogens wäre ggf. die Platzierung des neuen Items im Fragebogen anzupassen, um die Compliance der Patientinnen und Patienten beim Ausfüllen zu verbessern.

2. Zu „Unterlagen Beteiligungsworkshop“, S. 15

Grund der Beendigung dieser Richtlinientherapie (empfohlene Anpassung)

1 = reguläre Beendigung mit Therapiezielerreichung

Anmerkung der Bundesärztekammer

Die vorzeitige Beendigung **mit** Therapiezielerreichung fehlt als Antwortoption (vgl. dazu auch Expertenmeinung, S. 7). Zudem fehlt bei der einvernehmlichen vorzeitigen Beendigung **ohne** Therapiezielerreichung die in dem Patienten-Fragebogen vorgesehene Option (Frage 21) „Veränderung der Lebensumstände des/der Therapeuten/in“. Dies könnte dazu führen, dass zu oft „8. Sonstiger Grund“ gewählt wird. Hier wird eine Exit-Option für die psychotherapeutische Praxis ohne nähere Begründung angeboten. Es wird auch nicht angegeben, ob der Anteil der Fälle mit dieser Begründung gezählt wird; in anderen datengestützten QS-Verfahren wäre die häufige Angabe „sonstige“ ein eigenes Auffälligkeitskriterium der Dokumentation.

Allgemein fällt auf, dass die vorgeschlagenen Gründe im Vergleich zum Beginn (Stand 01.01.2025) deutlich ausführlicher formuliert sind, z. T. drei Zeilen lang. Die Gründe werden dadurch ggf. schwerer lesbar bzw. unterscheidbar, zumal bspw. die Gründe 4 und 5 sich nur am Ende unterscheiden.

Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Bei 1. könnte die vorzeitige Beendigung mit Therapiezielerreichung ergänzt werden:

„1 = reguläre **oder vorzeitige** Beendigung mit Therapiezielerreichung.

Es sollte geprüft werden, ob nicht auch Fälle mit der Angabe von Grund „8. Sonstige“ einen Fragebogen auslösen sollten (vgl. auch S. 18f. des Anhangs „Beratungsunterlagen-Anhang). Andernfalls setzt man die Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten ggf. dem Verdacht aus, z. B. schwierige oder ihnen unangenehme Fälle aus der Befragung auszuschließen.

Eine Straffung der Gründe sollte geprüft werden, z. B. bei 3. „~~invernehmliche vorzeitige Beendigung ohne Therapiezielerreichung (z. B. Wechsel in stationäre der Behandlung~~ **Änderung der oder geänderte** Lebensumstände ~~der Patientin / des Patienten)~~“. Bei 4. und 5. sollte „Patientin/Patient“ bzw. „Psychotherapeutin/Psychotherapeut“ vorgezogen werden.

3. Zu „Unterlagen Teilnehmertag“, S. 15

Ergänzung von neuen Datenfeldern zur Anzahl von Therapiesitzungen und Empfehlungen zur Berechnung des QI 432505 „Gemeinsames Klären und Abgleichen von Therapiezielen

„Das IQTiG empfiehlt daher zwei weitere Dokumentationsfelder zu entwickeln, welche die Anzahl der genehmigten und der in Anspruch genommenen Sitzungen erfassen. Auf diese Weise kann auch für die fallbezogene QS-Dokumentation die Dauer der Therapie erfasst werden, um ggf. in Abhängigkeit von der Sitzungsanzahl Fälle aus QI-Ergebnissen ausschließen zu können.“

Anmerkung der Bundesärztekammer

Die Berechnung des Fallausschlusses ist unklar. Soll damit ein Widerspruch zum Item „Grund der Beendigung dieser Richtlinienpsychotherapie“ aufgedeckt werden?

Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer empfiehlt eine Klarstellung bzw. Erläuterung.

4. Zu „Unterlagen Teilnehmertag“, S. 16

Neues Datenfeld „Datum der letzten Sitzung der Richtlinienpsychotherapie (ohne Rezidivprophylaxe)“

Anmerkung der Bundesärztekammer

Die Ergänzung dieses neuen Datenfelds wird für die Begleitevaluation zur Erfassung der Erinnerungszeiträume der Patientinnen und Patienten als hilfreich erachtet.

Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

kein Änderungsvorschlag

5. Zu „Unterlagen Beteiligungsworkshop“, S. 17f.

Verwendung der Fragebogenversionen für die Berechnungen der Qualitätsindikatoren (3. Absatz)

„Die Berechnung des Indikators kann über beide Teilpopulationen hinweg erfolgen. Bei der Interpretation der Ergebnisse sollten diese allerdings mitberücksichtigt werden, um gezielte Hinweise für Handlungsanschlüsse ggf. populationspezifisch erhalten.“

Die zwei neu entwickelten Items, die nur von Patientinnen und Patienten mit einem Therapieabbruch bzw. vorzeitigem Therapieende beantwortet werden, sollen separat ausgewertet werden und bei 4 oder mehr gültigen Antworten berichtet werden.“

Anmerkung der Bundesärztekammer

Es wird die Berechnung des Indikators über die Teilpopulationen mit und ohne Therapieabbruch beschrieben. Allerdings bleibt unklar, wie ein „Mitberücksichtigen“ bei der Interpretation umgesetzt werden soll.

Bezüglich der Vorgabe, die zwei neu entwickelten Items bei vier oder mehr gültigen Antworten zu berichten, ist der Bezugszeitraum unklar und könnte sich z. B. auf das Auswertungsjahr oder einen Zeitraum von zwei Jahren beziehen.

Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Es wird vorgeschlagen, zur Berücksichtigung der Teilpopulationen zwei getrennte Unterkennzahlen für die Teilpopulationen auszuweisen.

Der Bezug der „vier oder mehr gültigen Antworten“ sollte klargestellt und erläutert werden.

6. Zu „Unterlagen Beteiligungsworkshop“, S. 20f.

Kap. 5: Fazit und Ausblick (3. und 5. Abs.)

„Durch die beiden neu entwickelten Items, kann den Therapeutinnen und Therapeuten in einer aggregierten Darstellung zurückgemeldet werden, welche Gründe für die Beendigung der Therapie aus Sicht der Patientinnen und Patienten vorliegen. (...) Um Patientinnen und Patienten zu unterstützen, regt das IQTIG an, dem Formular PTV10 ein zusätzliches Infoblatt beizulegen, das über die Rechte der Patientinnen und Patienten sowie über mögliche Schritte im Falle von Übergriffigkeit oder Therapieabbruch aufklärt.“

Anmerkung der Bundesärztekammer

Die aggregierte Darstellung der Beendigungsgründe aus Patientensicht kann für die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten hilfreich sein. Wie der Qualitätsindikator genau berechnet werden soll, zu dem es ein Stellungnahmeverfahren geben soll, wird im Bericht nicht beschrieben.

Die Empfehlung für ein zusätzliches Infoblatt über Patientenrechte z. B. bei Übergriffigkeit ist nachvollziehbar, geht aber über den Auftrag hinaus.

Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Es sollte an einer geeigneten Stelle beschrieben werden, wie der Qualitätsindikator zu berechnen ist.

7. Zu „Indikatorenset 2.0 für den Beteiligungsworkshop“, S. 30

„NEU: „Gründe für die vorzeitige Beendigung der Richtlinien-Psychotherapie aus Patientensicht““

„Rechenregeln: Die empfohlene Auswertungsmethodik wird im Abschlussbericht dargestellt. (...)

Risikoadjustierung nicht vorgesehen“

Anmerkung der Bundesärztekammer

Bezüglich der Rechenregeln lässt sich noch nicht nachvollziehen, welche Antwortoptionen als negativ in die Indikatorberechnung eingehen sollen. Außerdem scheinen mit den Gründen für das vorzeitige Ende der Richtlinien-Therapie aus Patientensicht (Ergebnisqualität) sowie dem Umgang damit in der Psychotherapie (Prozessqualität) zwei unterschiedliche Aspekte in einem Qualitätsindikator vermischt zu werden.

Bezüglich der Risikoadjustierung ist anzumerken, dass die Wahrscheinlichkeit zum patientenseitigen Therapieabbruch von der Diagnose und der Erkrankungsschwere abhängen dürfte.

Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Es sollte an einer geeigneten Stelle beschrieben werden, wie der Qualitätsindikator zu berechnen ist.

Es sollte begründet werden, warum eine Risikoadjustierung nicht vorgesehen ist.

8. Zu „Anhang zu den Beratungsunterlagen“: Anmerkungen der Bundesärztekammer ohne Änderungsvorschläge

8.1 Anhang A2: Dokumentation der Beratung des Expertengremiums

Positiv hervorzuheben ist die transparente Darstellung der Expertendiskussion. Es fehlen aber jeweils Begründungen des IQTIG, warum gut begründete Vorschläge der Expertinnen und Experten nicht übernommen wurden.

8.2 Anhang A2, S. 22: Hinweise zu den neu entwickelten Items für die Befragung zum Therapieabbruch

Viele Argumente der Expertinnen und Experten sind nachvollziehbar.

8.3 Anhang C1: zwei Unterpunkte zu QI 432506, Eignungskriterium „Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss“ „eingeschränkt“

Die Kategorien für dieses Eignungskriterien sind nach der IQTIG-internen Systematik aus früheren Entwicklungsberichten „ja/nein“ bzw. „gegeben/nicht gegeben“. Mit „ja/eingeschränkt“ wird diese Systematik in diesem Bericht ohne nähere Erläuterung geändert. Eine Begründung erscheint empfehlenswert.

8.4 Anhang D: Juristisch relevante Gründe

Beschrieben werden nur die Regelungen bei psychologischen Psychotherapeuten. Das Abstinenzgebot in der Berufsordnung der Psychotherapeuten und der einschlägige § 174c StGB hätten erwähnt werden sollen.

8.5 Anhang D: Neutrale Gründe (S. 73 bzw. S. 75)

Neutrale Gründe, 3. Grund (S. 73): *„Veränderungen im Privatleben der Patientin / des Patienten, die die Teilnahme an Terminen nicht mehr möglich machen (beruflicher Wechsel, die Pflege von Angehörigen oder eine Änderung des Fahrtweges)“*

Qualitätsrelevante Gründe (S. 75, 14. Grund): *„Änderung der Lebensumstände der Patientin / des Patienten oder der Therapeutin / des Therapeuten, die eine vorzeitige Beendigung der Therapie nach sich ziehen“*

Es ist aufgrund der ähnlich lautenden Begründungen nicht nachvollziehbar, weshalb die Gründe unterschiedlich zugeordnet werden.

Fazit

Mit den Unterlagen zum Beteiligungsworkshop am 20. Juni 2025 legt das IQTIG u. a. Definitionen und Differenzierungen vorzeitig beendeter sowie abgebrochener Psychotherapien vor und schlägt auf der Grundlage von Beratungen mit einem Expertengremium sowie Interviews und Befragungen mit Patientinnen und Patienten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Anpassungen sowie Ergänzungen bezüglich der Qualitätsindikatoren und Fragebögen vor. Das Verfahren zur Entwicklung der Anpassungen bei den Qualitätsindikatoren und Fragebögen wird mit den Unterlagen zum Beteiligungsworkshop umfänglich beschrieben.

Bereits in ihren Stellungnahmen während der Entwicklung des QS-Verfahrens ambulante Psychotherapie hat die Bundesärztekammer das Bemühen begrüßt, die Qualitätssicherung im Bereich der ambulanten Psychotherapie weiterzuentwickeln und methodische Besonderheiten bei der Qualitätssicherung im Bereich der Psychotherapie zu berücksichtigen, z. B. im Hinblick auf die Berücksichtigung des Schweregrads der Erkrankung. Aufgrund ihres hohen Anteils bei den Psychotherapien wird der Einbezug vorzeitig beendeter bzw. abgebrochener Psychotherapien von der Bundesärztekammer begrüßt.

Hinsichtlich des Verfahrens zur Entwicklung des Einbezugs von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigem Therapiebeendigungen wurden aus Sicht der Bundesärztekammer Aspekte angemerkt, bei denen Bedarf für Optimierung gesehen wird. Insofern wird die Durchführung eines Beteiligungsworkshops durch das IQTIG als Möglichkeit begrüßt, vielfältige Erfahrungen, Anmerkungen und Positionierungen gemeinsam zu erörtern.

Stellungnahme

Einbezug von bzw. Umgang mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch für die Patientenbefragung Ambulante Psychotherapie

Beratungsunterlagen des IQTIG für den Beteiligungsworkshop vom 21. Mai 2025

17.06.2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
1. Einleitung.....	4
2. Methodisches Vorgehen.....	4
3. Ergebnisse und Empfehlungen.....	5
3.1 Ergebnisse aus der Literatur	5
3.2 Prüfung der Qualitätsindikatoren.....	6
3.3 Anpassungen an den Qualitätsindikatoren und am Fragebogen.....	7
4. Empfehlungen zur Umsetzung für den Einbezug von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigem Therapieende	7
4.1 Anpassungen an Datenfeldern der QS-Dokumentation.....	7
4.2 Empfehlungen zum Umgang mit den Ergebnissen der Patientenbefragung Ambulante Psychotherapie bei Einbezug von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigem Therapieende im Stellungnahmeverfahren nach § 17 Teil 1 DeQS-RL	8
Fazit	9

Einleitung

Der bisherige Ausschluss von Patient*innen von der Patientenbefragung des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie auf der Basis der vorgegebenen Kategorisierung im Sinne eines einseitig herbeigeführten Therapieendes ist fachlich nicht angemessen. Zugleich wird dadurch die Kernproblematik, welche Informationen bei vorzeitigem Therapiebeendigungen in eine Indikatorberechnung einbezogen werden können, nicht gelöst. Einschränkungen der Anwendbarkeit der Patientenbefragung ergeben sich nicht aus der Einseitigkeit der Herbeiführung eines Therapieendes, sondern vielmehr dadurch, dass eine Therapie in einer Weise vorzeitig beendet wurde, dass bestimmte im Fragebogen erhobene Prozesse nicht mehr realisiert werden konnten oder auch eine Erreichung der Behandlungsziele nicht in vergleichbarer Weise erwartet werden kann. In derartigen Fällen ist ein Einbezug von Patient*innen in die entsprechende Indikatorberechnung der Patientenbefragung nicht sachgerecht. Faire Einrichtungsvergleiche würden ansonsten verunmöglicht. Das gilt gerade auch für den Fall, dass eine Therapie einvernehmlich vorzeitig beendet wurde.

Die Prüfung des Einbezugs von Patient*innen mit vorzeitigem Therapieende sollte daher nicht nur beinhalten, ob die einzelnen Items und Qualitätsmerkmale prinzipiell von Patient*innen beantwortet werden können und die allgemeinen Eignungskriterien erfüllt sind, sondern auch, ob der Einschluss dieser Patientengruppe in die Indikatorberechnung noch einen fairen Vergleich zwischen Leistungserbringer*innen mit vergleichsweise vielen bzw. wenigen vorzeitig beendeten Behandlungsfällen ermöglicht.

Unabhängig davon bieten die neu entwickelten Kennzahlen zu den Gründen eines vorzeitigen Therapieendes und dem aus Patientensicht erfolgten therapeutenseitigen Umgang keine Grundlage, um gezielt Qualitätsverbesserungen in der psychotherapeutischen Versorgung anstoßen zu können. Aufgrund des schlechten Aufwand-Nutzen-Verhältnisses der neuen Kennzahlen empfiehlt die BPTK, von ihrer Integration in das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie abzusehen.

Im Folgenden nimmt die BPTK zu den Beratungsunterlagen des IQTIG für den Beteiligungsworkshop am 20. Juni 2025 Stellung.

1. Einleitung

In der Beauftragung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 29. März 2023 wird festgestellt, dass es sich bei Patient*innen mit einem vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch „um eine sehr heterogene Gruppe handelt und bisher unklar ist, ob und wie diese Personengruppe sinnvoll in ein QS-Verfahren einbezogen werden kann“¹. Eine hohe Heterogenität zeichnet dabei nicht nur die Gruppe von Patient*innen mit vorzeitigem Therapieende, sondern allgemein Patient*innen mit psychischen Erkrankungen aus, indem diese hinsichtlich Schweregrade der Erkrankungen, Komorbiditäten, Krankheitsphasen, indizierten Behandlungen, Behandlungsdauern und -intensitäten stark variieren. Eine klare Interpretierbarkeit insbesondere der Ergebnisindikatoren und die Möglichkeit der Ableitung von Handlungsanschlüssen ist im Kontext des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie ohnehin regelhaft nicht gegeben. Angesichts der enormen Heterogenität ist der Ansatz der datengestützten Qualitätssicherung gemäß DeQS-Richtlinie für die Gruppe von Patient*innen in ambulanter Psychotherapie nicht geeignet.

Die Entwicklung zusätzlicher Kennzahlen für eine kleine Teilgruppe dieser Patient*innen mit vorzeitigem Therapieende entlang der Systematik der DeQS-Richtlinie kann vor diesem Hintergrund grundsätzlich nicht zielführend sein. Aus Sicht der BPTK wäre noch vor der Einleitung des methodischen Standardvorgehens des IQTIG eine einführende Prüfung nötig gewesen, welche Items und Qualitätsmerkmale auch bei einem vorzeitigem Therapieende mit Blick auf einen fairen Vergleich zwischen Leistungserbringer*innen bei den Indikatorberechnungen der gesamten Patientengruppe berücksichtigt werden können.

2. Methodisches Vorgehen

Wie schon in früheren Entwicklungsberichten des IQTIG werden die Ergebnisse der Beratungen im Expertengremium in den Beratungsunterlagen unzureichend transparent dargestellt. Es fehlen Angaben dazu, wie vonseiten des IQTIG mit unterschiedlichen Expert*innen-Hinweisen umgegangen wurde, wie Hinweise zu Gesamturteilen zusammengefasst und warum einzelne Hinweise bei der Fragebogenentwicklung berücksichtigt oder ignoriert wurden (vgl. Anhang A.2.2). Die fehlende Aufschlüsselung der innerhalb des IQTIG vollzogenen Entscheidungsprozesse zum Umgang mit Beratungsergebnissen lässt die Darstellung der Ergebnisse überwiegend selektiv wirken.

¹ https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5962/2023-03-29_IQTIG-Beauftragung_Pruefung-Therapieabbrueche-ambulante-Psychotherapie.pdf (abgerufen am 17.06.2025)

Die empirische Validierung des neu konzipierten Fragebogens basiert auf nur fünf Einzelinterviews zur Themenschließung und 22 kognitiven Einzelinterviews. Dies muss angesichts der Heterogenität der Zielgruppe und der Vielfalt an möglichen Gründen für einen Therapieabbruch als unzureichend bewertet werden. Darüber hinaus liegt im Hinblick auf die abgebildeten Therapieverfahren eine hochselektive Stichprobe vor – mit Ausnahme von zwei Patient*innen berichteten in den Interviews alle Patient*innen über eine vorzeitig beendete Verhaltenstherapie.

Aus Zeitgründen wurde vonseiten des IQTIG zudem auf einen Standard-Pretest mit quantitativer Auswertung statistischer Kennzahlen verzichtet. Damit fehlt eine systematische Überprüfung der psychometrischen Gütekriterien des neuen Fragebogens. Grundsätzliche wissenschaftliche Standards für die Validierung von Fragebögen, Qualitätsindikatoren und Kennzahlen vor einem breiten Einsatz in der Routineversorgung werden damit nicht erfüllt.

3. Ergebnisse und Empfehlungen

3.1 Ergebnisse aus der Literatur

Nach Ansicht des IQTIG sind alle Formen eines vorzeitigen Therapieendes durch das Nicht-Erreichen des festgelegten Therapieziels und das Fehlen bzw. die Unvollständigkeit der regulär vorgesehenen Abschlussphase der Therapie gekennzeichnet (vgl. S. 7 in den Beratungsunterlagen). Diese Definition erscheint aus fachlicher Sicht nicht überzeugend: Ein festgelegtes Therapieziel kann frühzeitiger als erwartet erreicht und die Therapie infolgedessen einvernehmlich, das heißt einschließlich der Durchführung einer Abschlussphase, vorzeitig beendet werden (z. B. im Falle einer schnellen und ausreichend stabilen Symptomremission).

Überdies ist die konzeptuelle Verknüpfung von der Art des Therapieendes mit dem Kriterium, ob ein festgelegtes Therapieziel erreicht wurde, fachlich nicht nachzuvollziehen. Eine reguläre Therapiebeendigung kann auch bei einer unvollständigen Therapiezielerreichung erfolgen, wenn beispielweise am Ende einer Richtlinien-therapie trotz des Ziels einer Vollremission noch Restsymptome fortbestehen, eine vollständige Heilung nicht erreichbar erscheint und dann im Rahmen der Rezidivprophylaxe der Fokus auf die weitere Stabilisierung gelegt wird.

3.2 Prüfung der Qualitätsindikatoren

Die Prüfung der Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren, den zugehörigen Qualitätsmerkmalen und den einzelnen Items auf die Gruppe der Patient*innen mit einem Therapieabbruch bzw. einem vorzeitigem Therapieende erfolgt ausgesprochen intransparent. Im Bericht wird lediglich angegeben, dass die Eignungskriterien bei allen Indikatoren bzw. 14 von 16 Qualitätsmerkmalen vom IQTIG „als erfüllt angesehen“ werden (vgl. S. 7 in den Beratungsunterlagen). Die tabellarische Aufschlüsselung der Prüfung aller Indikatoren in Anhang C.1 löst die Intransparenz im methodischen Vorgehen nicht auf, da hier lediglich die finalen Ergebnisse der Eignungsbeurteilung (z. B. „hoch“, „gegeben“, „patientenrelevant“), nicht aber die Entscheidungsprozesse hinter diesen Beurteilungen berichtet werden.

Inhaltlich nachvollziehbar ist dagegen die Erläuterung, warum die Prüfung eines möglichen neuen Qualitätsindikators „Anzahl an Therapieabbrüchen“ zum Ergebnis hat, dass sich dieser wegen der beschränkten Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer*in und die fehlenden Handlungsanschlüsse als Qualitätsindikator in dem QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie nicht eignet. Die BpTK schließt sich dieser Einschätzung uneingeschränkt an.

Wie schon bei der Patientenbefragung für Patient*innen mit regulärem Therapieende, sieht das IQTIG für Patient*innen mit vorzeitigem Therapieende lediglich eine Risikoadjustierung für die beiden Ergebnisindikatoren, nicht jedoch für die Prozessindikatoren vor. Dies erscheint aus Sicht der BpTK äußerst problematisch: Im Bereich der psychischen Gesundheit ist durch die Empirie gut belegt, dass bei bestimmten Patientengruppen mit höherer Wahrscheinlichkeit Therapieabbrüche und schlechtere Behandlungsergebnisse zu erwarten sind. Dies betrifft dabei nicht nur Ergebnisindikatoren, wie zum Beispiel im Falle von Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen, sondern auch Prozessindikatoren wie die therapeutische Beziehung, die beispielsweise bei Patient*innen mit interaktionellen Störungen erheblich schwieriger positiv zu gestalten sein kann und bei denen es gerade bei vorzeitigem Therapiebeendigungen zu negativeren Einschätzungen kommen kann. Der vom IQTIG angestrebte faktenbasierte Fragenansatz wird gerade bei diesen Indikatoren nicht vollständig umgesetzt. Dass bei diesen Patientengruppen entsprechende Antworttendenzen im Sinne kritischerer Bewertungen wahrscheinlicher werden, wird hier nicht berücksichtigt. Ohne eine valide Risikoadjustierung bei den Ergebnisindikatoren wie auch bei bestimmten Prozessindikatoren werden Leistungserbringer*innen, die besonders belastete und vulnerable Patient*innen behandeln, systematisch benachteiligt. Hier besteht das erhebliche Risiko, dass mit Blick auf die Versorgung dieser Patientengruppe Fehlanreize mit potenziell schädlichen Auswirkungen auf

die Versorgung gesetzt werden. Dieser Aspekt sollte im Abschlussbericht angemessen geprüft und diskutiert werden.

3.3 Anpassungen an den Qualitätsindikatoren und am Fragebogen

Der einleitende Satz auf Seite 1 des angepassten Fragebogens „Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre *zuletzt vorzeitig beendete* Psychotherapie“ ist durch die Aneinanderreihung zweier temporaler Adjektive sprachlich schwer verständlich und sollte entsprechend überarbeitet werden.

Bei Frage 21 zu den Gründen des vorzeitigen Therapieendes wird unter anderem nach „Meinungsverschiedenheiten oder Konflikten in der Gruppe“ gefragt. Da Patient*innen mit einer ambulanten Gruppenpsychotherapie an dem QS-Verfahren nicht teilnehmen, ist diese Auswahloption obsolet und für Patient*innen irreführend. Auch die Antwortkategorie „Es gab Probleme in der therapeutischen Beziehung (z. B. Meinungsverschiedenheiten, Konflikte, Übergriffigkeit)“ beinhaltet in der beispielhaften Aufzählung eine extreme Vermischung sehr unterschiedlicher Sachverhalte. Insbesondere das Beispiel der Übergriffigkeit als rechtlich relevante Kategorie muss hier ausgenommen werden.

Ganz grundsätzlich gilt für die Frage 21 mit den Mehrfachantwortmöglichkeiten, dass die Interpretierbarkeit dieser möglichen Rückmeldungen aufgrund der Anonymisierung der Patientenbefragung nicht gegeben ist und Handlungsanschlüsse nicht ableitbar sein dürften.

4. Empfehlungen zur Umsetzung für den Einbezug von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigem Therapieende

4.1 Anpassungen an Datenfeldern der QS-Dokumentation

Das in der fallbezogenen QS-Dokumentation angepasste Datenfeld „Grund der Beendigung einer Richtlinien-therapie“ enthält unscharfe und schwer verständliche Kategorien. Die kombinierte Abfrage der Therapiezielerreichung und Regularität bzw. Vorzeitigkeit des Therapieendes pro Kategorie ist sprachlich sperrig sowie kognitiv mühsam und gründet auf der fälschlichen Annahme, dass die Art der Therapiebeendigung zwingend von der Erreichung bzw. Nicht-Erreichung des festgelegten Therapieziels abhängt.

Überdies erschließt sich inhaltlich nicht, warum bei Auswahl der Kategorie „8 = sonstiger Grund“ grundsätzlich kein Patientenfragebogen verschickt werden soll. Dies wird im Abschlussbericht auch nicht näher erläutert. So bleibt auch unklar, wie viele Patient*innen, die eine ambulante Psychotherapie beendet haben, hierunter fallen würden.

4.2 Empfehlungen zum Umgang mit den Ergebnissen der Patientenbefragung Ambulante Psychotherapie bei Einbezug von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigem Therapieende im Stellungnahmeverfahren nach § 17 Teil 1 DeQS-RL

Gemäß IQTIG sollen Leistungserbringer*innen Datenauswertungen für die neu entwickelten Items der Patientenbefragung bei vorzeitigem Therapieende bei vier oder mehr gültigen Antworten zurückgemeldet werden. Dies erscheint aus Sicht der BPTK datenschutzrechtlich bedenklich, insbesondere wenn einzelne Antwortkategorien nur einfach besetzt sind. Gerade im Kontext von Therapieabbrüchen ist die Fallzahl in der Regel sehr klein und die Möglichkeit einer Identifikation einzelner Patient*innen durch Psychotherapeut*innen dementsprechend hoch – insbesondere bei einer zu erwartenden geringen Gesamtzahl an Patient*innen pro Einrichtung oder bei auffälligen Abbruchsituationen.

Bei der Beschreibung möglicher Varianten des Stellungnahmeverfahrens wird nicht dargestellt, wie Leistungserbringer*innen aus den aggregierten Ergebnissen der neuen Items und entlang „indikatorspezifischer Leitfragen“ des IQTIG „in die konkrete Ursachenanalyse gehen“ und hieraus „zusätzliche Informationen zu Verbesserungsmöglichkeiten“ ihrer Behandlungsqualität erhalten können sollen (vergleiche Seiten 18 bis 20 in den Beratungsunterlagen). Die BPTK bittet das IQTIG im Rahmen der Erstellung des Abschlussberichts um eine konkrete und nachvollziehbare Darlegung, wie angesichts der Anonymität der Ergebnisse der Patientenbefragung und der starken Heterogenität der Patient*innen in der ambulanten Psychotherapie aus der Rückmeldung der patientenseitig wahrgenommenen Gründe der vorzeitigen Therapiebeendigung ein Nutzen für Leistungserbringer*innen und relevante Handlungsanschlüsse generiert werden können.

Fazit

Die BpTK erkennt die Notwendigkeit an, den systematischen Einbezug von Patient*innen mit vorzeitigem Therapieende in die Patientenbefragung des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie zu prüfen. Das vom IQTIG vorgelegte Konzept betrachtet die BpTK jedoch kritisch:

Im Falle eines Einbezugs von Patient*innen mit vorzeitigem Therapieende in die Berechnung von Ergebnis- und ggf. auch von bestimmten Prozessindikatoren steht erheblich infrage, ob dann noch ein fairer Vergleich zwischen Leistungserbringer*innen möglich ist. Vorzeitige Therapiebeendigungen sind bei bestimmten Patientengruppen gehäuft zu erwarten. Sie sind dadurch gekennzeichnet, dass bestimmte Therapieprozesse oft nicht mehr vollständig zu realisieren sind. Die Wahrscheinlichkeit, die Therapieziele erreicht zu haben, ist erheblich reduziert. Aus Sicht der BpTK ist daher eine grundsätzliche und systematische Prüfung erforderlich, welche Patient*innen unter welchen Voraussetzungen bei der Berechnung welcher Indikatoren auszunehmen sind.

Aufgrund erheblicher methodischer Mängel sowie der intransparenten Ergebnisdarstellung in den Beratungsunterlagen steht zudem die Validität der neuen Kennzahlen stark infrage. Zudem erschließt sich nicht, wie damit differenzierte Informationen zur Behandlungsqualität bei Therapien mit einem vorzeitigem Ende sowie Potenziale zur Verbesserung der Versorgungsqualität gewonnen werden können. Die BpTK empfiehlt von daher ausdrücklich, von einem Einschluss dieser neuen Kennzahlen und damit der entsprechenden Erweiterung des Fragebogens für die Patientengruppe mit vorzeitigem Therapieende abzusehen.

Stellungnahme
17.06.2025

Stellungnahme zur IQTIG - Patientenbefragung QS Ambulante PT

Ein QM-Verfahren zur Klärung vorzeitigen Therapieendes oder Therapieabbruchs wird vonseiten der DGPPN begrüßt. Eine vorzeitige Therapiebeendigung bzw. Therapieabbruch ist mit einem Anteil von ca. 20 % aller Behandlungen (1) klinisch relevant mit der Folge mangelnden Vertrauens von PatientInnen in die Wirksamkeit von Psychotherapie, Verschlechterung der akuten Erkrankung sowie Chronifizierung psychischer Erkrankungen. Folgende Stellungnahme der DGPPN bezieht sich ausschließlich auf qualitätsrelevante vorzeitige Therapiebeendigungen/-abbrüche und die Analyse, welche Informationen zu ihrer Beurteilung notwendig sind, um diese im Rahmen eines QS-Verfahrens zu erfassen und Maßnahmen zu deren Prävention in die Wege zu leiten.

Definition von Therapieabbruch

Zunächst wird aufgrund der hohen Heterogenität der Definitionen eines Therapieabbruchs bzw. vorzeitigen Therapieendes eine Operationalisierung des Kriteriums vorgeschlagen, die auf zwei Merkmalen beruht: 1. Therapiedauer (stattgefunden gegenüber genehmigten Sitzungen) und 2. klinisch bedeutsame bzw. reliable Veränderung des Befundes („reliable change index“) (2) nach Einschätzung von TherapeutIn und PatientIn. Eine Begrenzung auf die Therapiedauer reicht nicht aus, würden damit vorzeitige Therapiebeendigungen nach Erreichen des Therapieziels fälschlicherweise als Therapieabbrüche gewertet und der Blick auf die Wirksamkeit kurzer Psychotherapien versperrt. Eine alleinige Einschätzung durch TherapeutInnen würde die Therapieabbrüche außer Acht lassen, zu denen sich informierte PatientInnen wegen fehlender Besserung, falscher Therapiemethode bzw. Therapiefehlern entscheiden; die frühzeitige Beendigung einer Therapie kann ein gut reflektierter Schritt von PatientInnen sein, die sich bei fehlender Besserung dazu entscheiden. Es wird also die Einschätzung des IQTIG nicht geteilt, dass aus Praktikabilitätsgründen allein das Urteil der TherapeutInnen ausreicht (S. 67). Ebenso wenig wie die Ursachen für vorzeitige Behandlungsabbrüche/-enden nicht alleine aufseiten der PatientInnen gesucht werden dürfen, liegt bei vorzeitigen Abbrüchen per se kein Qualitätsdefizit aufseiten der Leistungserbringer vor.

Gründe für einen Therapieabbruch, Etablierung einer Fehlerkultur

Auch wenn Studien zu PatientInnenmerkmalen als Negativprädiktoren des Psychotherapieverlaufes vorliegen (z. B. Emotional Instabile Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen, spezifische Persönlichkeitsmerkmale), so bergen deren Erhebung die Gefahr, dass betroffene PatientInnen, die schon heute im Versorgungssystem benachteiligt sind, noch schlechterer Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung finden. Die Erhebung solcher Prädiktoren sollten vielmehr dazu genutzt werden, das therapeutische Vorgehen entsprechend anzupassen. Die Verantwortung für einen Therapieabbruch wäre nicht zunächst bei den PatientInnen (fehlende Veränderungsbereitschaft oder geringe

Therapiemotivation) zu suchen. Stattdessen regt die DGPPN zu einer Fehlerkultur unter PsychotherapeutInnen an, bei welcher die eigene (Mit-)Verantwortung oder Behandlungsfehler, z.B. in Interventionen oder Supervisionen detektiert werden.

Der Schwerpunkt der Analyse ist nach Auffassung der DGPPN auf der Verhinderung von Vorgehensweisen zu legen, die vorzeitige Therapiebeendigungen bzw. -abbrüche begünstigen können. Zum vorzeitigem Therapieende bzw. -abbruch können eine zu kurz gegriffene Diagnostik, eine unzureichende, defizitorientierte und/oder stigmatisierende Diagnosevermittlung (z.B. dimensionale anstelle von kategorialen Persönlichkeitsstörungsdiagnosen) sowie eine fehlende Konsentierung von Therapiezielen und Therapieplanung zwischen TherapeutInnen und PatientInnen beitragen. Fernerhin wären stets Resilienz- neben Vulnerabilitätsmerkmalen in der Eingangsdiagnostik zu erheben. Entsprechend wären Maßnahmen zu Therapiebeginn in einem QM-Verfahren zu erfassen, die diese Komplikationen verhindern helfen.

Eine regelmäßige Prozessevaluation kann vorzeitige Therapiebeendigung bzw. -abbruch verhindern helfen (3). Da solche negativen Therapieverläufe aus Beziehungsbrüchen resultieren können, kann die Qualität der erlebten Therapiebeziehung sowie die Patientenzufriedenheit, z.B. via Fragebögen (4) über den Therapieprozess hinweg regelmäßig erfasst und Negativentwicklungen frühzeitig gesteuert werden. Besonderer Bedeutung kommt dies bei PatientInnen mit traumatischen Beziehungserfahrungen zu (5). Fernerhin wäre zu erheben, ob therapieschädigendes Verhalten (z.B. Nichterscheinen oder Verspätung zu Therapiestunden, Alkoholisierung oder Drogengenuss vor Therapie-sitzung) frühzeitig fokussiert und bearbeitet wird. Erfolgten Supervisionen, die in Therapiekonzepten, z.B. bei der Emotional Instabilen Persönlichkeitsstörung in Leitlinien empfohlen werden?

Dokumentation der Therapieleitung

Eine adäquate Dokumentation von Therapieeinleitung (mit o. g. Maßnahmen) und Prozessevaluation ist sicherzustellen. Eine Erhebung qualitätssichernden Vorgehens könnte nach Auffassung der DGPPN wirkungsvoller sein als die Identifizierung von TherapeutInnen mit über durchschnittlich häufigen Behandlungsabbrüchen, birgt letzteres das Risiko, dass komplex und schwer erkrankte PatientInnen mit einem noch schwierigeren Therapiezugang konfrontiert sind als dieser heute schon vorliegt. Die DGPPN stimmt deshalb dem IQTIG zu, zunächst „auf Prozesse zu fokussieren, die sich präventiv auf ein qualitätsrelevantes vorzeitiges Therapieende auswirken“ (S. 70).

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, Stellung zu nehmen, und stehen für weitere Rückfragen oder Anregungen gerne zur Verfügung.

Anmerkungen

1. Gmeinwieser S, Schneider KS, Bardo M, Brockmeyer T, Hagmayer Y. Risk for psychotherapy drop-out in survival analysis: The influence of general change mechanisms and symptom severity. *Journal of counseling Psychology*. 2020;67(6):712.
2. Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. 1992.
3. Lambert MJ, Whipple JL, Hawkins EJ, Vermeersch DA, Nielsen SL, Smart DW. Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A meta-analysis. *Clinical psychology: Science and practice*. 2003;10(3):288.
4. Munder T, Wilmers F, Leonhart R, Linster HW, Barth J. Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR): psychometric properties in outpatients and inpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2010;17(3):231-9.
5. Kuzminskaite E, Gathier AW, Cuijpers P, Penninx BW, Ammerman RT, Brakemeier E-L, et al. Treatment efficacy and effectiveness in adults with major depressive disorder and childhood trauma history: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2022;9(11):860-73.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank
DGPPN-Präsidentin
Reinhardtstr. 29
10117 Berlin
Telefon: 030 240 4772 0
E-Mail: praesidentin@dgppn.de

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

per Mail: patientenbefragung@iqtig.org

15. Juni 2025

Workshop zum Thema „Einbezug von bzw. Umgang mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie“

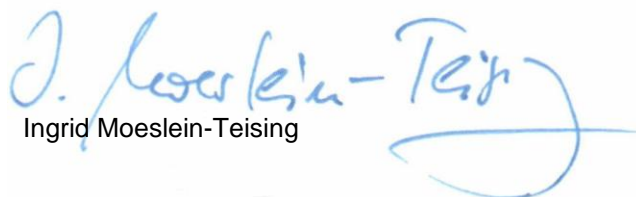
Sehr geehrte Damen und Herren,

Der Geschäftsführende Vorstand der DGPT bedankt sich für die Möglichkeit, an einem Workshop zu o.g. Workshop teilzunehmen und zu den Beratungsunterlagen Stellung nehmen zu können.

Anbei senden wir unser Statement.

Für den Geschäftsführenden Vorstand der DGPT

mit freundlichen Grüßen


Ingrid Moeslein-Teising

Deutsche Gesellschaft für
Psychoanalyse,
Psychotherapie,
Psychosomatik und
Tiefenpsychologie e.V.

Geschäftsführender Vorstand

Dr. phil. Dipl.-Psych. Rupert Martin
Vorsitzender

E-Mail:
rupert.martin@dgpt.de

Birgit Jänchen-van der Hoofd
Stellv. Vorsitzende
Fachärztin für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie

E-Mail:
birgit.jaenchen-van-der-hoofd@dgpt.de

Dipl.-Psych. Georg Schäfer
Stellv. Vorsitzender

E-Mail:
georg.schaefer@dgpt.de

Ingrid Moeslein-Teising
Vorsitzende der Sektion
„Berufsverband der Ärztlichen Psycho-
analytikerinnen und Psychoanalytiker
und der tiefenpsychologisch tätigen
Ärztinnen und Ärzte (BÄP)“
Fachärztin für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie

E-Mail:
ingrid.moeslein-teising@dgpt.de

Dipl.-Psych. Birgit Pechmann
Vorsitzende der Sektion
„Berufsverband der Psychologischen
Psychoanalytikerinnen und Psychoana-
lytiker und der tiefenpsychologisch täti-
gen Psychologischen Psychotherapeu-
tinnen und Psychotherapeuten (BPP)“

E-Mail: birgit.pechmann@dgpt.de

Geschäftsstelle

Dr. rer. pol. Felix Hoffmann
Geschäftsführer

Claudia Wieprecht-Jäckel
Rechtsanwältin
(Syndikusrechtsanwältin)
Justitiarin

Kurfürstendamm 54/55
10707 Berlin
Fon: 030 / 8 87 16 39 30
Fax: 030 / 8 87 16 39 59

psa@dgpt.de, www.dgpt.de

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

**den Beratungsunterlagen des IQTIG-Workshops (20.Juni 2025) zum Thema
des Einbezugs von bzw. des Umgangs mit Patientinnen und Patienten
mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch für das
QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie
15.6.25**

Im März 2023 hat der G-BA das IQTIG mit Prüfung und ggf. Erarbeitung des Einbezugs von bzw. des Umgangs mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie beauftragt.

Die DGPT hat den gesamten Entwicklungsprozess des QS-Verfahrens intensiv beratend begleitet und Stellungnahmen abgegeben, wann immer dies möglich war.

Wir bedanken uns für die Sorgfalt, mit welcher auch dieser Teil des Gesamtprojektes vorbereitet wurde, wir wissen die immense Arbeit an diesem komplexen Sujet unbedingt zu schätzen. Wir beziehen uns in unserem Kommentar jetzt ausschließlich auf die zur aktuellen Fragestellung dargelegten Überlegungen und vorgeschlagenen Änderungen des Fragebogens. Unsere Kritik an dem Fragebogen als solchem haben wir bereits in anderen Stellungnahmen impliziert.

Unsere Kritikpunkte:

Im Bericht wird die **Expertendiskussion** ausführlich dargestellt; deren Einbezug in die Weiterentwicklung des Fragebogens ist uns jedoch nicht immer nachvollziehbar. Es bleibt unklar, welche Einwände/Vorschläge umgesetzt wurden, welche nicht.

Ein **Pretest** wurde mit nur 5 Interviews zur Themenerschließung und nur 22 kognitiven Einzelinterviews durchgeführt. Auch unter Berücksichtigung der angeführten Schwierigkeiten, die Zielgruppe zu erreichen, ist diese Zahl als zu gering anzusehen.

Die **Differenzierung in Therapieende und Therapieabbruch** ist trotz des aufwändigen Versuches nicht trennscharf, nicht durchgängig eindeutig sowie unvollständig: wir konnten beispielsweise keine Ausweisung des erfolgreichen Therapieendes vor Ausschöpfung der genehmigten Therapiestunden finden. Dies wäre ja kein Qualitätsdefizit, wie auch andere Gründe für vorzeitige Beendigungen trotz Nichterreichen des Therapieziels kein Qualitätsdefizit darstellen (beispielsweise ein Umzug des Patienten).

Dass die Häufigkeit von Therapieabbrüchen/Therapeut kein Qualitätsindikator ist können wir gut nachvollziehen. In der Darstellung bleibt jedoch erneut unklar, was mit den (auf S.8) beschriebenen 23,5% Therapieabbrüchen wirklich gemeint ist.

Als Therapieziel kann seitens des Patienten nur ein bewußtes Therapieziel genannt werden. Die unbewußten Ziele bleiben unbenannt, auch manches bewußte, das nicht genannt werden soll.

Übergriffigkeit des Therapeuten: dies wird in der Regel ein juristisches Thema sein und nicht ein Thema der Qualitätssicherung im gefragten Sinne. Der Vorschlag des IQTIG, ein Infoblatt zu den Rechten des Patienten dem PTV10 beizulegen, überschreitet die Beauftragung des IQTIG.

Streichung von zwei QI bzw. drei Items: Wir können die Streichung dieser drei Items als sachgerecht nachvollziehen.

Neu entwickelte Items:

Item 21: Hier handelt es sich um eine nicht erschöpfende Aufzählung von einzelnen Sachverhalten, welche die Heterogenität der Gruppe der Patienten, welche die Therapie vorzeitig beendet/abbricht, zeigt.

Nicht qualitätsrelevant für die laufende Therapie bzw. eine gute Qualität aufzeigend sind nach Durchnummerierung (1-10) 1,2,6,7.

Mehrdimensional und erörterungswürdig sind 3, 4, 5, 8, 9, 10. Ein einfaches Ankreuzen dieser Antwortmöglichkeiten sagt nichts über die Behandlungsqualität.

Insgesamt halten wir Item 21 in seiner jetzigen Form für eine qualitative Aussage nicht für geeignet.

Item 22:

Die Aufzählung der Antwortmöglichkeiten ist unvollständig. Es fehlt z.B.:

ja, aber ich wollte das nicht.

Risikoadjustierung:

Auch für diesen Teil des QSV Psychotherapie ist eine adäquate Risikoadjustierung zu fordern. Dieses Thema hatten wir mehrfach auch in Bezug auf die vorhandenen Fragebögen angemahnt.

(Ende des aktuellen Statements 15.6.25)

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

Forderungen:

- **Vor der regelhaften Umsetzung würden wir auch hier eine geplante Machbarkeitsstudie begrüßen (bzw. die Integration in dieselbe) 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.**
- **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 endgültigen 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.**
- **Grundsätzliche Feststellungen der DGPT: Psychotherapien sind hochkomplexe Behandlungen, deren Indikationen und Verläufe von einer Vielzahl immanenter, innerer und äußerer Faktoren abhängen.**

DPTV Bundesgeschäftsstelle | Am Karlsbad 15 | 10785 Berlin

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

Per E-Mail: patientenbefragung@iqtig.org

Bundesvorstand
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 2350090
Fax 030 23500944
bgst@dptv.de
www.dptv.de

Berlin, 17.06.2025

Beteiligungsworkshop

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für die Einladung zum Beteiligungsworkshop des IQTIG am 20.06.2025.

Die DPTV nimmt zum Beteiligungsworkshop zur „Prüfung und ggf. Erarbeitung des Einbezugs von bzw. des Umgangs mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch (für die Patientenbefragung) in das QS-Verfahren „Ambulante Psychotherapie“ wie folgt Stellung.

Die Formulierung der Aufgabe des Beteiligungsworkshop als Prüfauftrag und ggf. Einbeziehung der Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende entspricht der Beauftragung des IQTIG durch den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Wir weisen darauf hin, dass es vielfältige Gründe für einen Therapieabbruch oder ein vorzeitiges Therapieende in der ambulanten Therapie geben kann. Diese voreilig und ohne Risikoadjustierung den Psychotherapeut*innen zuzuschreiben wird den individuellen Verläufen einer Psychotherapie in keiner Weise gerecht und verunsichert Psychotherapeut*innen und Patient*innen durch eine unsachgemäße Standardisierung von psychotherapeutischen Handlungsoptionen.

Konkret:

- Das von Psychotherapeut*innen zu erfassende Datenfeld: „Grund der Beendigung dieser Richtlinien-therapie“ – Antwort 3: „eivernehmliche vorzeitige Beendigung ohne Therapiezieleerreichung (z. B. Wechsel in stationäre Behandlung, Änderung der Lebensumstände der Patientin / des Patienten) bildet keinen qualitätsrelevanten Therapieabbruch bzw. zwingend ein vorzeitiges Therapieende ab. Vielmehr ist es die berufsrechtliche Pflicht von Psychotherapeut*innen, den Patient*innen zum Beispiel bei Nicht-Erreichbarkeit der Therapieziele in der ambulanten Psychotherapie oder bei neuen Erkenntnissen über die Patient*innen,

den Verlauf der Psychotherapie anzupassen und gegebenenfalls einen Setting-Wechsel herbeizuführen und an geeignete Einrichtungen weiter zu verweisen. Der Schlüsselwert 3 ist daher nicht wie dargelegt zu verwenden (S. 15 des Berichtes).

- Die Einführung von 3 neuen Datenfeldern in der QS-Dokumentation führt zu weiterem bürokratischem Aufwand, ohne dass die Zielsetzung vom IQTIG hinreichend begründet wird (S. 15/S. 16 des Berichtes).
- Die Zusammenfassung der Ergebnisse der Patientenbefragung aus regulär beendeten und „abgebrochenen“ Therapien ist zur Einleitung von Sanktionsmaßnahmen ungeeignet, da, wie das IQTIG selbst feststellt, es sich um durchaus unterschiedliche Patientengruppen handeln kann (S. 18 des Berichtes).
- Patientenfragebogen Frage 21:
 - In dem Feld: „Es gab Probleme in der therapeutischen Beziehung (z. B. Meinungsverschiedenheiten, Konflikte, Übergriffigkeit)“ werden völlig unterschiedliche Sachverhalte zusammengefasst. „Übergriffigkeit“ ist etwas völlig anderes als „Meinungsverschiedenheit“. Daher kann dieses Feld so nicht verwendet werden.
 - Bei den Feldern: „Ich bin für die Behandlung meiner psychischen Beschwerden in ein Krankenhaus, eine Tagesklinik oder eine Rehabilitation gewechselt“ und „Ich wollte in eine andere Art von ambulanter Psychotherapie wechseln (z. B. In eine Gruppentherapie/Einzeltherapie oder in ein anderes Therapieverfahren)“ handelt es sich jeweils nicht um einen Therapieabbruch, sondern um einen Wechsel des Behandlungssetting vor dem Hintergrund einer begründeten Änderung des Therapieplanes.
 - Das Feld: „Meine Therapeutin / mein Therapeut ist längere Zeit ausgefallen (z. B. wegen Krankheit, Schwangerschaft, Elternzeit)“ beschreibt Sachverhalte, die von den Therapeuten nicht beeinflussbar sind. Sie sind daher nicht qualitätsrelevant. Die explizite Nennung von „Schwangerschaft“ halten wir für diskriminierend.
 - Das Feld, „Die Therapeutin / der Therapeut und ich haben nicht zueinander gepasst“ stellt eine subjektive Einschätzung der Patient*innen dar, die durch Psychotherapeut*innen nicht beeinflussbar ist. Insofern ist diese Dimension als Qualitätskriterium nicht geeignet.
 - Das Feld: „Es gab Meinungsverschiedenheiten oder Konflikte in der Gruppe“ ist unzutreffend, da Patient*innen, die an einer Gruppenpsychotherapie teilnehmen, nicht in das QS-Verfahren eingeschlossen werden.

Insgesamt ist festzuhalten: Die Ausführungen im Bericht „Einbezug von bzw. Umgang mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch für die Patientenbefragung Ambulante Psychotherapie“ und die vorgestellten Items der Frage 21

sind für eine explorative Studie zur Hypothesengenerierung geeignet, entbehren jedoch einer fachlich begründeten Herleitung. Es fehlt die Validierung der vorgeschlagenen Items, diese ist zwingende Voraussetzung für die Verwendung in einem QS-Verfahren.

Mit freundlichen Grüßen



Gebhard Hentschel
Bundesvorsitzender



Kurzstellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.06.2024

QS Ambulante Psychotherapie: IQTIG-Bericht „Einbezug von bzw. Umgang mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch für die Patientenbefragung Ambulante Psychotherapie“

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
www.gkv-spitzenverband.de

Stellungnahme

Auftrag

Dem Auftrag des G-BA vom 23. März 2023 entsprechend sollte das IQTIG prüfen, inwiefern Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende („Therapieabbrecher“) in die Patientenbefragung QS AmbPT sinnvoll einbezogen werden können. Dazu gehörte eine Recherche und Definition von Arten von Therapiebeendigungen und Festlegung der qualitätsrelevanten Formen, die Prüfung der fallbezogenen Dokumentation u.a. zur Berücksichtigung der Therapeutesicht, die Entwicklung der Befragung und die Bewertung der Durchführbarkeit v.a. unter Berücksichtigung der Fallzahlen.

Der Bericht über die Literaturrecherche zu Therapieabbrüchen und eine erste Definition qualitätsrelevanter Abbrüche sowie Analyse welche Informationen zur Betrachtung der Fälle erforderlich sind, erfolgte hierbei im ersten Bericht des IQTIG vom 29. März 2024. Im vorliegenden Bericht wird nun die angepasste Patientenbefragung und QS-Dokumentation mit den auf Anwendbarkeit für Therapieabbrecher geprüften Indikatoren dargestellt, einschließlich Empfehlungen zur Auswertung und Umsetzung.

Methodik

Nicht alle methodischen Schritte sind in den Unterlagen genauer beschrieben. Während die Beratungen des Expertengremiums zur Übertragbarkeit der bestehenden Indikatoren und Fragebogen-Items und zu eventuellen Modifikationen und neuen Items gut dargestellt werden (u.a. Anhang B.6.1 und 2, Anhang A.2.2 zur Beratung der Qualitätsmerkmale) erscheint die Begründung, weshalb aus Sicht des IQTIG die reine Anzahl der Therapieabbrüche eines LE kein Indikator werden sollte, nicht präzise genug beschrieben. Es werden zwar die Beurteilungen der einzelnen Eignungskriterien zur Prüfung des potenziellen Indikators im Anhang C.2 dargelegt, jedoch ist **nicht ersichtlich, wer diese Einschätzungen getroffen hat (das IQTIG allein? Oder mit den Experten gemeinsam?)** und auf welcher Informationsbasis dies erfolgte.

Anhang C.1 beinhaltet eine rein tabellarische Darstellung der Eignungsprüfung der Indikatoren der Befragung. **Es gibt keine weiteren Erläuterungen hierzu im Bericht, so dass nicht ersichtlich wird, inwiefern hier überhaupt eine erneute Prüfung und durch wen stattgefunden hat.**

Genauer dargestellt werden sollte der **Einbezug von „externen Sachverständigen“** zur Diskussion einzelner Items u.a. zur Frage der Mindestanzahl von Sitzungen zur Berechnung, sowohl wie dieser Einbezug (von wem) erfolgte als auch die Diskussion selbst (s.u. zur Übertragbarkeit der QIs).

Angesichts der Probleme der Rekrutierung dieser kleinen Zielgruppe und der Tatsache, dass der Fragebogen kaum verändert wurde und zu den neuen Inhalten zumindest kognitive Interviews durchgeführt wurden, erscheint das Fehlen eines erneuten Standard-Pretests akzeptabel.

Definition qualitätsrelevanter Therapieabbrüche

Die Unterteilung in zwei Arten des Therapieendes mit den dann weiteren drei Unterkategorien bei Therapieabbruch bzw. vorzeitigem Therapieende erscheint sinnvoll. Die Definition des „Therapieabbruchs“ bzw. des vorzeitigen Endes hat sich allerdings im vorliegenden Bericht leicht verändert: nun ist im Unterschied zum Bericht von 2024 die Einseitigkeit der Beendigung – durch entweder Patienten oder Therapeuten – kein Kriterium mehr.

Aktuell stellt das IQTIG auf Seite 7 fest, dass ein qualitätsrelevanter Abbruch sowohl einseitig als auch einvernehmlich vorkommen kann. Dass die Therapeutensicht weiterhin maßgeblich für die Feststellung der Art des Therapieabbruchs ist, drückt sich auch darin aus, dass das zugehörige Datenfeld „Art der Beendigung“ Teil der QS-Dokumentation ist (s.u.).

Die Ergänzung der Definition bzw. der Kriterien durch das IQTIG im vorliegenden Bericht, dass das Fehlen der Abschlussphase und das Nichterreichen des Therapieziels ebenfalls Kriterien sind, kann nachvollzogen werden.

Auslösung der Therapieabbrecherbefragung und Entscheidung für zwei getrennte Fragebögen

Über das Datenfeld „Grund der Beendigung“, das Teil der QS-Dokumentation ist, wird alleinig von Therapeutenseite gesteuert, welche Fragebogenversion ein Patient oder eine Patientin erhält. Das IQTIG sollte darauf eingehen, ob und wie es die Angabe überprüfbar machen könnte (z.B. Prüfung bei Antwortoptionen 1 und 2, ob das Stundenkontingent ausgeschöpft wurde?) und ob bzw. wie mögliche Interessenskonflikte auf Therapeutenseite bzgl. der Steuerung zu einer bestimmten Fragebogenversion ausgeschlossen werden können. Perspektivisch erschien ein generischer Online-Fragebogen, der einen Filter für Abbruch vs. reguläre Beendigung **aus Patientensicht** enthält, günstiger. In der Papierversion scheint das, den Ablauf der Fragen betrachtend, kaum möglich.

Auch die Experten hatten einen gemeinsamen Fragebogen befürwortet. Das IQTIG sollte erläutern, weshalb es dem nicht gefolgt ist (s. Anhang A.2 S.5).

Die Änderungen der Antwortoptionen zum „Grund der Beendigung“ sind ansonsten gut nachvollziehbar, wobei der Umgang mit **Antwortoption „8“** gerade auch im Hinblick auf die oben genannte Steuerung der Fragebogenzuordnung erläutert werden sollte.

Weiterhin sollte im Bericht geklärt werden, ob die Antwortoptionen 1 und 2 Auswirkungen auf die Auswertungen haben.

Neue Datenfelder in der QS-Dokumentation

Die Einführung der Datenfelder zur Anzahl der genehmigten und der genommenen Stunden und zum Datum der letzten Stunde zum Zweck der Evaluation des Befragungszeitraums und der Prüfung auf Ausschluss aus der Berechnung einzelner Indikatoren ist nachvollziehbar.

Hinsichtlich der neuen **Datenfelder zur Übernahme eines Patienten von einem anderen Therapeuten (BSNR)** wird nicht ganz klar, wie das Prozedere ist. Der GKV-Spitzenverband nimmt an, dass beide Therapeuten die QS-Dokumentation vornehmen, die Frage ist jedoch, zu welcher Therapie – oder zu beiden? – wird der Patient bzw. die Patientin befragt? Auch bleibt noch unklar, wie die Einschlussbedingung „mindestens 12 verbleibende Stunden“ technisch umgesetzt wird.

Neue Items im Patientenfragebogen

Die Abfrage der Gründe für den Therapieabbruch erscheint umfassend. Erläuterungsbedürftig erscheint jedoch das Item zu den **Konflikten in der Gruppe** – denn bis auf Weiteres sind Patienten und Patientinnen mit Gruppentherapie(anteilen) aus dem Verfahren ausgeschlossen.

Die **Frageformulierung zu Gesprächsangeboten** (S. 64) erscheint noch nicht optimal hinsichtlich des Bezugszeitpunkts. Das IQTIG sollte ggf. prüfen, ob eine Ergänzung „vor oder nach der Beendigung der Therapie“ vorgenommen werden sollte, oder generell seine Entscheidungen zur Frageformulierung noch einmal erläutern.

Prüfung der Anzahl der Therapieabbrüche eines LE als Indikator (S. 7; Anhang C.2)

Das IQTIG empfiehlt die reine Anzahl von Abbrüchen bei einem LE nicht als Indikator zu verwenden. Als Begründung werden die schwer oder gar nicht beeinflussbare (und nicht adjustierbare) patientenseitige Faktoren sowie die fehlende Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss genannt.

Unter „Verbesserungspotenzial“ (Anhang S. 69) werden therapeutenseitige Faktoren genannt, die die Wahrscheinlichkeit eines Abbruchs positiv beeinflussen können. Dies ist streng genommen dem Eignungskriterium „Beeinflussbarkeit“, nicht „Verbesserungspotenzial“ zuzuordnen.

Bei der Prüfung der Messeigenschaften werden Objektivität, Reliabilität und Validität als mittel bis hoch eingeschätzt. Ohne die einzelnen Kriterien im Detail kommentieren zu wollen, ist die Validität der Therapeutenangabe allein, ob es sich um einen Abbruch handelt, ggf. schwierig zu überprüfen.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sind nicht alle diese Einschätzungen zu den Eignungskriterien gänzlich nachvollziehbar, zudem wäre wünschenswert, auffällig hohen Anteilen an Therapieabbrüchen nachgehen zu können, auch wenn, z.B. durch äußerst geringen Rücklauf, keine auffälligen Indikatorergebnisse bei dem LE zu beobachten sind. Der GKV-Spitzenverband schlägt daher vor, dass zumindest im Rahmen einer Erprobung der Abbrecherbefragung besonders hohen Anteilen von

Therapieabbrüchen in Form eines „Dialogs“ mit dem LE nachgegangen wird. Der Schwellenwert für den Anteil wäre vom IQTIG festzulegen.

Empfehlungen zur Auswertung/Ergebnisse zur Übertragbarkeit der bestehenden QI und des Fragebogens/Empfehlungen zur Umsetzung

Den Empfehlungen des IQTIG nach ist die Mehrheit der Indikatoren und Items auf Therapieabbrecher übertragbar. Der GKV-Spitzenverband hält dies im Großen und Ganzen für nachvollziehbar und vorteilhaft mit Blick auf die Fallzahlen/Grundgesamtheiten der QIs.

Zum QI 432505 (Klären und Abgleichen der Therapieziele) wird um Erläuterung gebeten, wie sich der Ausschluss der Therapieabbrecher (bei weniger als 10 genommenen Stunden) bei einem der Items auf die Berechnung auswirkt. Analoges gilt für den QI 43206 (Berücksichtigen von Patientenbedürfnissen...) für die zwei Items mit Ausschluss.

Die Übertragbarkeit der beiden QIs zur Ergebnisqualität sollte noch einmal genauer erläutert werden. In den Unterlagen (z.B. Anhang S. 20 u. S. 58) ist lediglich ersichtlich, dass die Experten die Items für gut beantwortbar halten und die Items gut verständlich sind. Das IQTIG sollte hierzu beispielsweise noch einmal erläutern, weshalb hier keine Untergrenze für genommene Stunden wie in dem QI 432505 eingezogen wurde, denn bei einer sehr kurzen Therapiedauer erscheint die Realisierbarkeit von Veränderungen hinsichtlich Symptomatik oder Funktionalität fraglich.

Zu dem Beauftragungspunkt „Bewertung der Durchführbarkeit unter Berücksichtigung der Fallzahlen“ wünscht sich der GKV-Spitzenverband ausführlichere Darstellungen. Beschrieben wird die Nicht-Darstellung im Rückmeldebericht und Nichtberücksichtigung im Stellungnahmeverfahren bei Fallzahlen <4. Es sollte jedoch eine Abschätzung ergänzt werden, wie viele Praxen z.B. voraussichtlich überhaupt Auswertungen von Abbrüchen erhalten, geschätzt anhand der Fallzahlen je 2 Jahre, der geschätzten Abbruchquote usw.

Schriftliche Stellungnahme zur Vorbereitung zu dem Teilnehmendenworkshop am 20.06.2025 nach Beteiligungsverfahren nach § 137a Abs. 7 SGB V.

Auftraggeber: Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Thema:

Prüfung und ggf. Erarbeitung des Einbezugs von bzw. des Umgangs mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch (für die Patientenbefragung) in das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie

Projektverlauf

Die Teilnehmenden des Teilnehmendenworkshops werden zu einem Zeitpunkt in das Modellprojekt einbezogen, der ihnen ermöglicht inhaltliche Anregungen und Hinweise zu einer fragebogenbasierten Patientinnen- und Patientenbefragung i. R. des Qualitätssicherungsverfahrens ambulante Psychotherapie zu geben.

Das Studiendesign ist bereits geplant:

Ab dem Zeitpunkt *01.01.2026* werden für einen Zeitraum von circa 2 Jahren Patientinnen und Patienten ambulanter Richtlinien-Therapien mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens zu ihren in ihrer ambulanten Psychotherapie gemachten Erfahrungen befragt.

Das IQTIG entwickelte von 2018 – 2021 einen standardisierten Fragebogen (hier Protofragebogen genannt) für Patientinnen und Patienten ambulanter Richtlinien-Therapien zur Messung der Qualität der psychotherapeutischen Versorgung.

Der Veränderung des Protofragebogens zu einem Fragebogen mit einer Version für Patientinnen und Patienten, die ihre Psychotherapie regulär beendeten und einer Version für Patientinnen und Patienten, die ihre Psychotherapie abbrechen, gingen seit dem Jahr 2023 umfangreiche Vorarbeiten voraus, wie ausführlichen Literaturrecherchen zu qualitätsrelevanten und -nicht relevanten Bedingungen für Therapieabbrüche, Erarbeitung von Items zur Thematik Therapieabbruch durch ein hochrangiges Expertengremium aus Wissenschaftlerinnen, Wissenschaftlern, ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, einem Patientenvertreter, Patientinnen und Patienten. Das Ergebnis des Expertengremiums führte zur Optimierung des „Protofragebogens“ für die Gruppe der Patientinnen und Patienten, die ihre Psychotherapie abgebrochen hatten, in dem speziell für diese Gruppe 2 neue Items zum Thema „Therapieabbruch“ entwickelt wurden. Für den überwiegenden Teil des Fragebogens, der für beide Gruppen von Patientinnen und Patienten identisch ist, wurde der Einführungstext bzgl. der in Frage kommenden Psychotherapie präzisiert und die Antwortalternativen für 1 Frage verändert.

Dieser weiterentwickelte Fragebogen wurde einer weiteren Optimierungssequenz unterzogen, indem Einzelinterviews mit insgesamt 5 Patientinnen und Patienten, die ihre Psychotherapie abgebrochen hatten, durchgeführt wurden. In diesem Schritt wurden die Fragen und Antwortmöglichkeiten des bereits verbesserten Protofragebogens auf ihre Verständlichkeit und inhaltliche Passung (Validität) geprüft. Die Objektivität bei der Zuteilung der Befragten zu der Gruppe derjenigen, die abgebrochen hatten und derjenigen, die ihre Therapie zu Ende geführt hatten, war durch die entsprechende Einteilung durch die Therapeutinnen und Therapeuten gewährleistet.

Das Ergebnis dieses Prüfschrittes führte dazu, dass von den ursprünglich 46 Items 43 Items übernommen werden konnten.

Weitere Projektplanung:

Der modifizierte Fragebogen soll ab 2026 – Ende 2027 Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Psychotherapie durchführen und abgebrochen haben oder in diesem Zeitraum durchgeführt und regulär beendet haben werden, vorgelegt werden. Dabei teilen die Psychotherapeutinnen und -therapeuten die Patienten in die Gruppe derjenigen, die ihre Therapie „regulär“ beendeten und diejenigen, die ihre Therapie „abbrachen“. Letztgenannte Gruppe erhält die Fragebogen-Version mit den beiden Items zum Thema Therapieabbruch.

Ziel der Befragung:

Ist es, Informationen bereitzustellen, um das therapeutische Vorgehen so zu optimieren, dass es (pro Therapeutin/Therapeut) zu weniger Therapieabbrüchen kommt und damit die Versorgung der Patientinnen und Patienten, sowie deren Zufriedenheit zu verbessern.

Die Ergebnisse der Patientenbefragung können dazu genutzt werden, Verbesserungsmöglichkeiten in der Prozess- und Ergebnisqualität aufzudecken und mit gezielten Veränderungen im Behandlungsprozess eine Qualitätsförderung bei den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu erzielen.

Relevanz des Projektes

Ich persönlich schätze die Relevanz des Projektes bei einem durchschnittlichen Anteil von 23 % Therapieabbrüchen an allen durchgeführten Richtlinientherapien als sehr hoch ein. Schon die Ergebnisse der Einzelinterviews zeigten, dass ein Therapieabbruch ein emotionales Ereignis darstellt, das sich negativ auf das emotionale Wohlbefinden der betroffenen Patientinnen und Patienten auswirkt.

Was die bisherige Vorgehensweise in besonderem Maße auszeichnet.

Es fanden umfangreiche Vorarbeiten zur Anpassung des aus der Qualitätssicherungsstudie 2018 - 2021 hervorgegangenen Fragebogens (hier: Protofragebogen) mit einem Expertengremium, das Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, 3 Patientinnen, 1 Patienten und 1 Patientenvertreter miteinschloss, statt.

Auf die Anwendbarkeit des Fragebogens für Richtlinienverfahren unterschiedlicher Therapieschulen wurde Wert gelegt.

Die Befragung wird mit einem Fragebogen in 2 Versionen für Patientinnen und Patienten, die ihre Therapie regulär beendeten und diejenigen, die ihre Therapie abbrechen, durchgeführt. Patientinnen und Patienten, die ihre Psychotherapie abbrechen, erhalten die Fragebogenvariante mit den beiden Items zum Therapieabbruch. Durch die Verwendung eines einzigen Fragebogens ist es möglich die Ergebnisse von allen Befragten miteinander zu vergleichen.

Die Abfrage zu 11 Qualitätsindikatoren ist sehr umfassend und ermöglicht eine breite Abfrage, wie Patientinnen und Patienten ihre Psychotherapie erlebten und noch nachträglich bewerten.

Die therapeutische Beziehung steht im Fokus

Die Autorinnen und Autoren heben die Bedeutung der therapeutischen Beziehung hervor und beziehen sich u. a. auf Gmeinwieser et al. 2020. Nach Klaus Grawe trägt die Qualität der Beziehung – die therapeutische Allianz – wesentlich zum Erfolg einer Psychotherapie bei. Deshalb sei es wichtig, dass Klientinnen und Klienten sich von der Therapeutin, dem Therapeuten einfühlsam verstanden, akzeptiert und wertgeschätzt fühlen. (Quelle: [https:// esther-veysch.ch/wirkfaktoren-psychotherapie/](https://esther-veysch.ch/wirkfaktoren-psychotherapie/); gelesen am 30.05.2025)

Was macht eine gute therapeutische Beziehung (nach Grawe) aus?

Menschliches Verhalten ist darauf ausgerichtet, grundlegende Bedürfnisse zu befriedigen. Die Erfüllung der nachfolgend genannten Bedürfnisse ist gemäß Grawe eine wesentliche Quelle für ein glückliches und zufriedenes Leben. Folgende Bedürfnisse spielen auch im Rahmen der Psychotherapie und insbesondere auch bezüglich des Aufbaus einer tragfähigen therapeutischen Beziehung eine entscheidende Rolle.

- Das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle
- Das Bedürfnis nach Bindung
- Das Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung
- Das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung

(Quelle: [https:// www.klaus-grawe-institut.ch/archiv/die-therapeutische-beziehung-als-zentraler-wirkfaktor-der-psychotherapie/#](https://www.klaus-grawe-institut.ch/archiv/die-therapeutische-beziehung-als-zentraler-wirkfaktor-der-psychotherapie/#)) (gelesen: 14.04.2025)

Die Gütekriterien sind in hohem Maße erfüllt:

Hohe Objektivität, hohe Reliabilität, mittlere Validität.

Der Anteil der Therapien, bei denen Patientinnen und Patienten ihre Psychotherapie abbrechen, soll nicht in die Bewertung der Therapeuten eingehen. Diese Entscheidung ist nur zu begrüßen. Das Bewertungskriterium „Anteil der Therapieabbrüche“ könnte zu einer Vorselektion der Patientinnen und Patienten durch die Psychotherapeutinnen und Therapeuten führen. Das hieße, dass Patientinnen und Patienten mit komplexen Störungen u. U. es noch schwerer hätten einen Therapieplatz zu erhalten.

Meine Kritikpunkte und Anregungen

Grundsätzlich ist einer „Post-Interventionsbefragung“ eine gewisse Skepsis gegenüber an- gebracht, da sie auf Gedächtnis- und Introspektionsfähigkeit der Befragten basiert.

Die Introspektionsfähigkeit schätzt Emiliy Pronin als insgesamt sehr gering ein und spricht von der „Introspektions-Illusion“. Sie bezieht sich u. a. auf Nisbett & Wilson (1977). „Introspek- tionsillusion“ beschreibt nach Pronin basale Selbst- und Fremdwahrnehmungsprozesse. Fol- gende mentale Prozesse führen nach Pronin zur Überschätzung der Genauigkeit und Gültig- keit der durch Introspektion gewonnenen Erkenntnisse:

- Durch Introspektion gewonnene Erkenntnisse über die eigenen dem Verhalten oder Nicht-Verhalten zugrundeliegenden Absichten, Motivationen, Wertungen usw. wer- den in ihrer Relevanz überschätzt.
- Durch objektive Selbstbeobachtung gewonnene Erkenntnisse über das eigene Verhal- ten werden unterschätzt oder in Hinblick auf introspektiv ermittelte Absichten in ihrer Bedeutung abgewertet. Zusätzlich werden Beobachtungen des eigenen Verhaltens im Verhältnis zu introspektiven Prozessen in deutlich geringerem Maße durchgeführt.
- Zur Beurteilung des Verhaltens anderer Menschen, werden deren zugrundeliegenden Absichten, Motivationen, Wertungen usw. kaum herangezogen, da diese äußerlich nicht zugänglich sind und im Vergleich zu objektiv beobachtbarem Verhalten als we- niger relevant gewertet werden.
- Zur Beurteilung des Verhaltens anderer Menschen gehen objektive Verhaltensweisen überproportional gegenüber den von diesen Menschen berichteten oder vom Be- obachter angenommenen intrinsischen Prozessen, wie Absichten Motivationen und Wertungen ein.

Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnisse sind nachträgliche Befragungen zu erinnerten Erlebnisweisen, Motiven und Absichten vorsichtig zu bewerten.

Von daher kommt dem Item, welcher Zeitraum zwischen der Psychotherapie und der Be- fragung liegt, eine besonders hohe Bedeutung zu, da dieses zumindest eine gewisse Ein- schätzung der Merkfähigkeit ermöglicht.

Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung ist im Fragebogen kaum angemessen abge- bildet. Nur 12 von insgesamt 43 Items fragen die Qualität der therapeutischen Beziehung (In- dikatorengruppe „Therapeutische Beziehung aus Patientensicht“) ab. Da die therapeutische Beziehung ein zentraler Wirkfaktor on Psychotherapie ist und einen Halo-Effekt auf andere Wirkfaktoren hat, kommt ihr hier kaum die angemessene Bedeutung zu.

Anregungen zu semantischen Veränderungen der Items

Fragen, die mit dem Fragewort „Warum“ beginnen, werden in der psychologischen Fachliteratur in der Regel kritisch gesehen. Denn „Warum-Fragen“ gelten als „fordernd“ und implizieren oftmals einen Vorwurf. Gerade bei Patientinnen und Patienten, die ihre Psychotherapie abgebrochen haben, kann die Frage als verdeckte Kritik an ihrem Handeln (miss-)verstanden werden und sie einem Rechtfertigungsdruck aussetzen. Umso mehr werden sie sich in der Antwort bemühen, Gründe zu nennen, von denen sie annehmen, dass die Rezipientin, der Rezipient der Antwort diese Gründe für rechtschaffen halten könnte. (Quelle: <https://www.muellerundpartner.de/kontakt/blog/artikel/die-macht-der-warum-fragen-im-kommunikationsprozess>, gelesen: 30.05.2025)

Folgendes Item enthält das Fragewort „Warum“:

Frage 21: „Bitte denken Sie weiterhin an die Psychotherapie, die in Ihrem Anschreiben genannt ist. - Warum wurde die Psychotherapie beendet?“

Eine kleine semantische Veränderung mit folgenden Wendungen kann dieses Risiko senken:

- Was veranlasste Sie...
- Was bewegte Sie zu ...
- Wie kam es dazu...
- Was war ausschlaggebend für...

Die Formulierungen: „Es geht mir mit meinen psychischen Beschwerden besser“ (Fragen 21 und 23) implizieren eine Verbesserung der psychischen Befindlichkeit *mit Hilfe* der psychischen Beschwerden. Die Fragen zielen aber darauf ab, ob sich die psychischen Beschwerden der befragten Person „gebessert“ haben.

Daher folgende Antwortvorschläge:

Meine psychischen Beschwerden haben sich gebessert usw.

Auch der Ausdruck „Übergriffigkeit“ ist m. E. nicht selbsterklärend. Er könnte umschrieben werden mit Spezifika wie beispielsweise:

- Ich fühlte mich von meiner Therapeutin / meinem Therapeuten bevormundet.
- Die Therapeutin, der Therapeut schrieb mir vor, was ich tun sollte.
- Die Therapeutin, der Therapeut kam mir zu nah,

- Die Therapeutin, der Therapeut äußerte offen Kritik an meinem Verhalten, meinen Entscheidungen usw.

Ein wichtiger Outcome-Indikator wird nur mit einem Item (24) berücksichtigt: Das Erleben von deutlich erhöhter Selbstwirksamkeit durch die Psychotherapie!

Frage 24: Haben Sie durch Ihre Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen, die Sie nach Abschluss Ihrer Psychotherapie nutzen können?

Das Qualitätskriterium: „Inwiefern ist etwas durch die Psychotherapie für Sie bei folgenden Themen schlechter oder besser geworden?“ vor den Items 25 – 31 impliziert „die Psychotherapie“ als Agens, nicht die Klientin oder den Klienten.

Daher empfehle ich folgende Formulierung: „Welche Themen können Sie seit (oder: mit Hilfe) Ihrer Psychotherapie besser bewältigen?“

Mit dieser Formulierung gäben die Items 25 – 31 Auskunft über die durch die Psychotherapie bewirkte Erhöhung des Selbstwirksamkeitserlebens Auskunft.

In den Einzelinterviews wurde u. a. mitgeteilt, dass Gedanken an einen Abbruch bereits einige Zeit vor der Beendigung der Psychotherapie durch die Klientin, den Klienten auftraten. (Ergebnis aus den Einzelinterviews.)

Das Item ist der Indikatorengruppe „Therapeutische Beziehung aus Sicht der Patienten“ zu subsumieren. Daher empfehle ich folgendes zusätzliches Item:

„Hatten Sie im Laufe der Psychotherapie schon mal Gedanken, Ihre Therapie zu beenden? Wenn ja, haben Sie mit Ihrer Therapeutin, Ihrem Therapeuten darüber gesprochen. Wenn Nein: Was hat Sie davon abgehalten?“

Als Antwortvorgaben können gegeben werden:

- Ich war mir nicht sicher, ob ich das sagen sollte.
- Ich habe mich das nicht getraut.
- Ich dachte, der Wunsch geht wieder vorüber
- Ich dachte, dass ich meine Absicht dann begründen müsste, was ich nicht so genau wollte oder konnte.

Möglicher Umgang zum Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL mit den durch die Patientenbefragung erhaltenen Daten:

Einleitung des Verfahrens

- A) Bei auffälligen Indikatorwerten und mindestens 4 Items für Therapieabbruch.

- B) Bei auffälligen Indikatorwerten, ohne Berücksichtigung der Gründe für vorzeitigen Therapieabbruch.
- C) Ergebnisse der Patientenbefragung zum Therapieabbruch bzw. vorzeitigem Therapieende als optionale Zusatzinformation

Meine Vorstellung entspricht Variante B, dass auffällige Indikatorwerte schon allein ein Anlass für den Einsatz des Stellungnahmeverfahrens nach § 17 DeQS-RL darstellen.

Stuttgart, 16.06.2025

STATEMENT DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG

ZU DEN BERATUNGSUNTERLAGEN DES IQTIG-WORKSHOPS AM 20. JUNI 2025 IM RAHMEN DES BETEILIGUNGSVERFAHRENS NACH § 137A ABS. 7 SGB V ZUR „PRÜFUNG UND GGF. ERARBEITUNG DES EINBEZUGS VON BZW. DES UMGANGS MIT PATIENTINNEN UND PATIENTEN MIT VORZEITIGEM THERAPIEENDE ODER THERAPIEABBRUCH“

VORBEMERKUNG

Ziel der Beauftragung des IQTIG zur Prüfung und ggf. Erarbeitung des Einbezugs von bzw. des Umgangs mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch für das Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) ambulante Psychotherapie vom 29. März 2023 ist es, den Einbezug von bzw. den Umgang mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch in das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie zu prüfen, und bei festgestellter Umsetzbarkeit ein Konzept und Instrumente zur konkreten Umsetzung unter Berücksichtigung der Psychotherapeuten- und Patientensicht zu entwickeln. Inhalte und Bearbeitungsaspekte dieser Prüfung sollten eine Definition der unterschiedlichen und qualitätsrelevanten Formen eines vorzeitigen Therapieendes bzw. Therapieabbruchs, insbesondere im Rahmen der Qualitätssicherung, die Analyse zur Beurteilung notwendiger Informationen, die Erweiterung der fallbezogenen Dokumentation um relevante Informationen, die Bewertung der Durchführbarkeit auf Basis der eingeschlossenen Patientenzahl (kleine Fallzahlen) und der Machbarkeit im Rahmen der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) sowie die Entwicklung einer Patientenbefragung für Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch sein.

Grundlegendes Ziel der Patientenbefragung ist die systematische Erfassung patientenrelevanter Qualitätsaspekte, die einer einrichtungsübergreifenden datengestützten Qualitätssicherung zugänglich sind. Dieser Ansatz wird von der KBV grundsätzlich unterstützt. Voraussetzung ist jedoch eine methodisch valide und praxisnahe Umsetzung. Die vorliegenden Unterlagen werfen in mehreren zentralen Punkten erheblichen Klärungs- und Überarbeitungsbedarf auf.

STATEMENT

Unzureichende Berücksichtigung störungsspezifischer Einflussfaktoren und der vier Richtlinienverfahren in der Entwicklung des Fragebogens

Die KBV bemängelt, dass bei der Konzeption der Patientenbefragung weder Störungsbilder (Diagnosen und Komorbiditäten) noch die vier Richtlinienverfahren differenziert berücksichtigt wurden. Es fehlt eine wissenschaftlich fundierte Betrachtung relevanter Störungsbilder, wie sie in den Unterlagen genannt sind und die mit erhöhten Therapieabbruchraten verbunden sind. Hohe Therapieabbruchraten zeigen sich u. a. bei Borderline-Persönlichkeitsstörung, substanzbezogenen Störungen, Essstörungen (z. B. Anorexia nervosa), psychotischen Störungen und ADHS im Erwachsenenalter. Diese Diagnosen gehen oft mit Instabilität, eingeschränkter Krankheitseinsicht, geringer Therapietreue und erhöhtem Kommunikationsbedarf einher, was die Behandlung erschwert (vgl. Arntz et al. 2023; Winkler 2018; Bauer & Hasenöhr 2005). Diese methodische Lücke beeinträchtigt die Validität, Vergleichbarkeit und Interpretation der Ergebnisse. Zudem fehlt die Prüfung einer notwendigen Risikoadjustierung. Ohne diese droht eine Verzerrung der Ergebnisse – insbesondere für Praxen, die auf komplexe Störungsbilder spezialisiert sind.

Unzureichende Validierung

Insgesamt ist die Stichprobe mit einer Grundgesamtheit von N = 22 für eine umfassende Validierung zu niedrig und der Patientenfragebogen zum vorzeitigen Therapieende daher weder verfahrens- noch diagnoseübergreifend validiert. Weiterhin umfasst die Stichprobe überwiegend Patientinnen und Patienten in verhaltenstherapeutischer Behandlung. Die übrigen in den Psychotherapie-Richtlinien verankerten Verfahren – Systemische Therapie, Tiefenpsychologie und Psychoanalyse – sind nicht oder kaum vertreten (z. B. Tiefenpsychologie: n = 2; vgl. Anhang B4). Ebenfalls habe aufgrund der kurzen Bearbeitungszeit keine reguläre Standard-Pretestung stattgefunden. Um valide und belastbare Ergebnisse mittels des Fragebogens erzielen zu können, ist eine umfängliche Validierung des Fragebogens mit einer größeren, diagnoseheterogenen sowie therapieverfahrensübergreifenden Stichprobe erforderlich und für die Akzeptanz des QS-Verfahrens eine notwendige Voraussetzung. Das IQTIG begründet eine fehlende kognitive Pretestung zudem mit einer schwer erreichbaren Zielgruppe. Fraglich ist, inwieweit Patientinnen und Patienten mit Erfahrungen eines vorzeitigen Therapieendes bzw. Therapieabbruchs zukünftig interessiert sind, an solch einer Befragung teilzunehmen und ob ein Patientenfragebogen im Rahmen der datengestützten QS das Mittel der Wahl in Hinsicht auf die Messung von Qualität ist.

Methodik

Das IQTIG definiert einen Therapieabbruch als „ein Ereignis, das durch das Nichterreichen des Behandlungsziels gekennzeichnet ist“ und welches „Hinweise auf Defizite in der Behandlungsqualität geben kann“ (S. 6). Welche konkreten Defizite jedoch mit einem vorzeitigen Therapieende verknüpft sind, bleibt offen. Daraus resultiert die grundlegende Frage, welchen Defiziten in der Versorgungsqualität man sich mit dem Fragebogen nähern möchte und welche konkreten Handlungsanschlüsse und Potentiale zur Verbesserung sich durch die Ergebnisse dieser Patientenbefragung ergeben können und sollen.

Das IQTIG stellt in seinem Bericht dar, dass auf Basis seiner Literaturrecherche zu Therapieabbrüchen der zu erwartende Anteil an qualitätsrelevanten Therapieabbrüchen bei 14,1% bis 23,5% läge (S. 6). Die methodische Herleitung dieser Zahlen bleibt jedoch völlig unklar. Es ist nicht ersichtlich, ob auf Basis der recherchierten Literatur eine systematische Übersichtsarbeit erstellt oder gar eine Metaanalyse durchgeführt wurde. Zudem stellt das IQTIG die Hypothese auf, dass Patientinnen und Patienten mit Therapieabbruch häufiger negative Erfahrungen hinsichtlich der Behandlungsqualität machen. Diese Annahme bleibt unbelegt. Vielmehr legt sie nahe, dass der Fokus der Patientenbefragung auf der Erfassung subjektiver Erfahrungen liegt und nicht auf der Erfassung der Behandlungsqualität oder objektiv nachweisbarer Qualitätsdefizite.

Auslösebedingung Therapiezielerreichung

Das IQTIG empfiehlt die Auslösung des Fragebogens zum vorzeitigen Therapieende bzw. Therapieabbruch, selbst wenn ein qualitätsneutraler Grund vorliegt. Wie das IQTIG ausführt, handelt es sich bei einem vorzeitigen Therapieende nicht zwingend um ein qualitätsrelevantes Ereignis, es gibt also keine Hinweise auf ein Qualitätsdefizit. Die vom IQTIG empfohlenen, notwendigen Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung werden weder evidenzbasiert begründet, noch sind Handlungsanschlüsse auf Basis der Ergebnisse nachvollziehbar. Entsprechend der Methodischen Grundlagen des IQTIG sind die Voraussetzungen für eine qualitätsverbessernde bzw. -fördernde Erhebung oder Maßnahmen nicht erkennbar und das Eignungskriterium Potential zur Verbesserung nicht erfüllt.

Auch bleibt unklar, wie die Ergebnisse der beiden Teilpopulationen - Ergebnisse aus der Patientenbefragung und Ergebnisse aus der Patientenbefragung vorzeitiges Therapieende bzw. Therapieabbruch - ausgewertet und interpretiert werden sollen (vgl. S. 17). Die Formulierung, man solle dies „bei der Interpretation mitberücksichtigen, um gezielte Hinweise für populationsspezifische Handlungsanschlüsse zu erhalten“, ist vage und interpretationsbedürftig. Ein direkter Vergleich beider Populationen erscheint zudem fragwürdig, da sich daraus keine sinnvollen Schlussfolgerungen über die Versorgungsqualität ableiten lassen. Eine gemeinsame Darstellung und Auswertung erscheinen auch wenig aufschlussreich. Insbesondere in Hinsicht auf die Durchführung von Stellungnahmen und daraus resultierenden möglichen Empfehlungen zu Handlungsanschlüssen.

Patientenfragebogen vorzeitiges Therapieende bzw. Therapieabbruch

Aus Sicht der KBV ist das Qualitätsmerkmal Gründe für einen Therapieabbruch in mehrfacher Hinsicht kritisch. Zum einen ist die Itemkonstruktion der Frage 21 problematisch und des Weiteren die Frage 22 nicht ausreichend operationalisiert. Die Formulierungen der Antwortkategorien der Frage 21 vermischen unterschiedliche Konzepte und Sachverhalte ohne Differenzierung, sodass fraglich bleibt, welche konkreten Rückschlüsse oder ergänzenden Hinweise auf ein mögliches Qualitätsdefizit das IQTIG versucht zu erfassen. So ist z. B. die Frage nach Problemen in der therapeutischen Beziehung nicht eindeutig: Eine bewusst herbeigeführte Konfrontation ist nicht gleichzusetzen mit einem tatsächlichen relevanten Behandlungsvorfall wie einer Übergrifffigkeit. Die Einhaltung berufsethischer Standards ist nicht Aufgabe und Gegenstand der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. Die fehlende Trennschärfe der Antwortkategorien des Items mindert die Validität der Auswertung und erschwert Rückschlüsse.

Zudem fehlt eine inhaltliche Verknüpfung der Kennzahl mit dem Ergebnisindikator QI 432508, obwohl ergänzende Informationen für die Interpretation der Ergebnisse des Qualitätsindikators sinnhaft wären.

Weiterhin bleiben die Nutzung und die Verwendung der Ergebnisse dieser Kennzahl fragwürdig. Die Kennzahl erscheint vielmehr als zusätzliche Datenquelle für versorgungswissenschaftliche Zwecke. Eine grundlegende Überarbeitung ist dringend erforderlich – zugunsten klarer und trennscharfer Erhebungen.

Die Frage 22 (Austausch über Gründe Beendigung Psychotherapie), ob Therapeutinnen und Therapeuten tatsächlich die Möglichkeit hatten, ein abschließendes Gespräch zu führen, bleibt offen. Eine differenziertere Fragestellung wäre angebracht sowie eine Erweiterung der Antwortkategorien. Die Antwort „Nein ich wollte/brauchte es nicht.“, gibt darüber hinaus nicht die Information, ob ein Gespräch sinnvoll gewesen wäre. Es ist möglich, dass bestimmte Patientengruppen ein abschließendes Gespräch verweigern, da eine solche Situation unangenehm und konfliktreich sein kann.

Insgesamt erscheint die Kennzahl in ihrer Operationalisierung ungeeignet und der Nutzen fraglich.

Erweiterung und Anpassung der fallbezogenen Dokumentation

Das IQTIG schlägt vor, zwei zusätzliche Felder in die fallbezogene Dokumentation aufzunehmen: die Anzahl der genehmigten und die Anzahl der tatsächlich in Anspruch genommenen therapeutischen Sitzungen. Grundsätzlich stimmt die KBV dem IQTIG und den Experten zu, dass eine inhaltlich fundierte Reflexion des Therapieverlaufs erst nach einer gewissen Anzahl an durchgeführten Sitzungen möglich ist und die Festlegung einer Mindeststundenzahl an absolvierten Therapiestunden sinnvoll wäre. Der Nutzen, der vom IQTIG vorgeschlagenen Erweiterung wird dennoch von der KBV in Frage gestellt, da unklar ist, wie diese

zusätzlichen Informationen genutzt werden sollen. Die Beantwortung von Fragen der Versorgungsforschung ist nicht Gegenstand der gesetzlichen Qualitätssicherung. Die KBV versteht die Ausführung des IQTIG so, dass mittels dieser Informationen Behandlungsfälle aus den Qualitätsindikatorergebnissen ausgeschlossen werden sollen. Fraglich bleibt, wie und ob die Dokumentation dieser Behandlungsfälle erfolgen oder ob die fallbezogene Dokumentation durch eine entsprechende Plausibilitätsregelung frühzeitig enden soll. Ebenfalls bleibt fraglich, ob der Versand der Patientenbefragung für diese Behandlungsfälle ausgelöst werden soll.

Weiterhin schlägt das IQTIG vor, die Antwortkategorien des Datenfeldes *Grund zur Beendigung dieser Richtlinien-therapie* zu ändern, um eine eindeutige Zuordnung zur vorgeschlagenen Unterscheidung in „reguläres Therapieende“ und „Therapieabbruch bzw. vorzeitiges Therapieende“ zu ermöglichen. Die vorgeschlagenen neuen Antwortkategorien differieren in Hinsicht auf die zeitliche Komponente „regulär“ vs. „vorzeitig“ sowie in Hinsicht auf die Therapiezielerreichung. Mit dieser wurde eine neue qualitative Komponente eingeführt, welche von der Definition des ersten Berichtes abweicht (s. IQTIG, 2024). Aus den aktuellen Vorschlägen zur Anpassung des Datenfeldes geht nicht hervor, in welche neu eingeführte Antwortkategorie der Fall einer einvernehmlichen Beendigung nach frühzeitigem Erreichen der Therapieziele eingeordnet wird oder ob dieser Fall nicht mitgedacht wurde, da er bislang nicht als gesonderte Antwortkategorie aufgeführt wurde. Hingegen gibt es jedoch die Antwortkategorie 1 = reguläre Beendigung mit Therapiezielerreichung. Dieses Vorgehen ist aus methodischer Sicht nicht nachvollziehbar oder trennscharf und kann zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen, da die Erfahrungen der Patientinnen und Patienten nicht in die Bewertung einfließen. Ebenfalls nicht trennscharf sind die vorgeschlagenen Antwortkategorien 2 (reguläre Beendigung bei Ablehnung des Verlängerungsantrages durch die Krankenkasse oder bei Ausschöpfung des Therapiekontingentes ohne Therapiezielerreichung) und 3 (einvernehmliche vorzeitige Beendigung ohne Therapiezielerreichung z. B. Wechsel in stationäre Behandlung, Änderung der Lebensumstände der Patientin / des Patienten), da diese zwei Beendigungsgründe erfassen. Das IQTIG führt aus, dass bei der Antwortkategorie 3 ebenfalls der Patientenfragebogen bei einem Therapieabbruch bzw. vorzeitigem Therapieende ausgelöst werden soll, fraglich bleibt welcher qualitätsrelevante Aspekt u.a. in dem Wechsel in eine stationäre Behandlung vermutet wird. Ebenfalls bleibt unklar, was unter 8 = sonstiger Grund erfasst werden soll. Die KBV würde bei allen Antwortkategorien entweder die Option eines zusätzlichen Textfeldes für individuelle Begründungen seitens der Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten oder konkrete Ausfüllhinweise für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten seitens des IQTIG erwarten, so dass eine klar definierte Zuordnung ermöglicht werden kann, um valide Antworten zu halten. Die KBV sieht eine inhaltliche Auseinandersetzung und qualitative Analyse nicht im Rahmen der Stellungnahmeverfahren und als Aufgabe der LAG NRW verankert.

Antwortkategorie Gruppentherapie und Kennzahl therapeutische Beziehung Index 432512

Zum aktuellen Zeitpunkt ist der Einbezug von Patientinnen und Patienten, die sich in Gruppentherapie bzw. Kombinationsbehandlung befinden, aus methodischen Gründen nicht vorgesehen. Ebenfalls wurde die Kennzahl zur therapeutischen Beziehung in den jüngsten Beratungen aus der Indikatoren- und Kennzahlliste der themenspezifischen Bestimmungen sowie den prospektiven Rechenregeln entfernt. Eine Wiederaufnahme erscheint nicht stringent.

Fehlende Leitfragen zur Ursachenanalyse

Das IQTIG führt in den vorgestellten Möglichkeiten zum Umgang mit den Rückmeldungen unter Variante A aus, dass es der Fachkommission der LAG sowie den Therapeutinnen und Therapeuten mit rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen strukturierte Leitfragen zur Ursachenanalyse bereitstellen möchte, so dass diese im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens in die konkrete Ursachenanalyse gehen können. Inhaltliche Ausführungen zu den Leitfragen fehlen in den Beratungsunterlagen, sodass eine Beurteilung nicht erfolgen kann. Das IQTIG wird gebeten, die Leitfragen zur Verfügung zu stellen.

Empfehlung Aufnahme zusätzlicher Informationen im Formular PTV10

Die Anregung des IQTIG, dem Formular PTV10 ein Informationsblatt zu möglichen Rechten und Schritten bei Übergriffigkeit oder Therapieabbruch beizulegen, fällt nicht in den Zuständigkeitsbereich der DeQS-RL und wäre an anderer Stelle zu adressieren.

Fazit

Aus Sicht der KBV bestehen erhebliche Bedenken hinsichtlich der methodischen Fundierung, internen Logik, praktischen Umsetzbarkeit und Machbarkeit der vorgestellten Erweiterung des QS-Verfahrens in Hinblick auf Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch. Der Patientenfragebogen wurde entwickelt, ohne das vom IQTIG ein objektiv belegbares Qualitätsdefizit zugrunde gelegt, konkrete Qualitätsziele in Hinsicht auf qualitätsrelevante vorzeitigen Therapieenden bzw. Therapieabbrüche erarbeitet und die Eignung des Fragebogens belegt wurden.

Wie bereits zur derzeitigen Patientenbefragung von der KBV angebracht, bleiben die kritischen Hinweise in Hinsicht auf Validierung und Operationalisierung eines diagnose- und verfahrensübergreifenden Instrumentes bestehen. Ebenfalls ist aus Sicht der KBV die Bewertung der Durchführbarkeit auf Basis der eingeschlossenen Patientenzahl (kleine Fallzahlen) und der Machbarkeit im Rahmen der DeQS-RL weder in dem bereits 2024 abgegebenen Konzept noch in den aktuellen Beratungsunterlagen des IQTIG entsprechend der Beauftragung vom 29. März 2023 ausreichend thematisiert worden. Die Umsetzung und Einführung des vorgeschlagenen Patientenfragebogens zum vorzeitigen Therapieende bzw. Therapieabbruch als zusätzliches Erhebungsinstrument für das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie wird zum jetzigen Zeitpunkt und Wissensstand aus den zuvor genannten Gründen von der KBV abgelehnt und eine grundlegende Überarbeitung empfohlen.

Literatur

Arntz, A., Mensink, K., Cox, W. R., et al. (2023). Dropout from psychological treatment for borderline personality disorder: A multilevel survival meta-analysis. *Psychological Medicine*, 53(3), 668–686. <https://doi.org/10.1017/S0033291722003634>

Bauer, U., & Hasenöhl, A. (2005). Therapieerfolg Alkoholabhängiger nach qualifizierter Entzugsbehandlung und konventioneller Entgiftung (vergleichende 28-Monats-Katamnese). *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, 7(3), 102–107.

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. (2025).

Qualitätssicherungsverfahren Ambulante Psychotherapie: Einbezug von bzw. Umgang mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch. Prüfung und Empfehlungen zur Umsetzung. IQTIG.

Winkler, R. (2018). *Dropouts in Psychotherapien. Teil I: Prädiktoren, Theorien und Modelle zur Erklärung und Handlungsempfehlungen zur Vermeidung von Therapieabbrüchen. Teil II: „Overview of Reviews“ zu Therapieabbrüchen* (HTA-Projektbericht Nr. 100). DIMDI.

Statement für den Teilnehmenden Workshop

„Patientenbeteiligung QS Ambulante PT Einbezug Therapieabbrüche“

A) Anpassung der Qualitätsmerkmale „Ambulante Psychotherapie“

- Die geplante Nutzung von zwei Fragebogenversionen erscheint grundsätzlich nachvollziehbar. Allerdings stellt es ein Risiko für die Validität der Ergebnisse dar, dass die Entscheidung, welcher Fragebogen jeweils zum Einsatz kommt, ausschließlich dem behandelnden Therapeuten überlassen bleibt. Die Auslösung der Patientenbefragung erfolgt bei beiden Gruppen (regulär beendete Therapie sowie frühzeitiger Therapieabbruch/-beindigung) über die Codierung von Psycho-GOP. Wenn diese codiert werden, muss der Therapeut einen Grund für die Beendigung der RL-Therapie angeben. Der Einsatz der entsprechenden Fragebogenversion soll offenbar anhand der Angaben der Therapeuten im Datenfeld „Grund für die Beendigung dieser Richtlinienpsychotherapie“ erfolgen. Fraglich ist auch, ob es nicht strategiefähig ist, dass die Auswahlmöglichkeit „Sonstige Gründe“ (Nr. 8) angeboten wird. Dann wird offenbar gar kein Fragebogen verschickt.
- Positiv zu sehen ist, dass der bestehende Fragebogen für regulär beendete Therapien die Grundlage für die beiden Fragebögen zur Operationalisierung des Qualitätsindikators „Therapieabbruch“ bildet bzw. dass dieser Fragebogen auf seine Übertragbarkeit hin für Patientinnen und Patienten mit Therapieabbruch geprüft wurde. Die Übernahme ist in großem Umfang möglich. Dies ermöglicht die Vergrößerung der Grundgesamtheit dieser Indikatoren.

Allerdings kann zum Ursprungsfragebogen Folgendes angemerkt werden: Die Items der Fragebögen beziehen sich ausschließlich auf die „Richtlinientherapie“. Es besteht jedoch ein erheblicher Unterschied zwischen den angewendeten psychotherapeutischen Verfahren, z. B. zwischen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und Verhaltenstherapie.

Zudem wird bisher nicht erhoben, ob, wann, wie und mit welchem Erfolg bestimmte Methoden und Techniken angewendet wurden. Es ist essenziell, dass der Patient versteht, welchen Ansatz die jeweilige Therapie (z. B. Tiefenpsychologie, Verhaltenstherapie etc.) verfolgt und ob ergänzend bestimmte Methoden oder auch nicht evidenzbasierte Vorgehensweisen zum Einsatz kommen.

Dies gilt schon für das Outcome der Therapie, aber natürlich auch für die Ursachen eines Therapieabbruchs.

Psychotherapeutische Verfahren erreichen Therapieziele in der Regel nicht linear, sondern über das Erreichen von Zwischenetappen.

Beim Qualitätsmerkmal 6.1 „Berücksichtigung von Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten“ wird die gemeinsame Vereinbarung von Zwischenetappenzielen bislang nicht thematisiert.

Item 17 bezieht sich hingegen lediglich auf die „Gestaltung von Therapiestunden“.

Auch das Qualitätsmerkmal 9.2 betrachtet ausschließlich die Situation nach Therapieende.

Therapieabbrüche können jedoch auch aus einer unzureichenden Etappenstrategie bei der Anwendung der Verfahren resultieren.

Zwei Items bzw. Indikatoren wurden bzgl. des Therapieabbruchs neu entwickelt (Gründe für Therapieabbruch aus Patientensicht / Angebot eines Gesprächs über Gründe des Therapieabbruchs seitens des Therapeuten). Evtl. können die vorstehenden Überlegungen Eingang in die Neuentwicklung finden.

B) Eignung des Qualitätsindikators „Anzahl der Therapieabbrüche“

Die Ausführungen zur Eignung des Qualitätsindikators werden unterstützt.

C) Problem des Therapeutenwechsels

Sollte es zu einem Therapeutenwechsel (neue BSNR) kommen, wird vorgeschlagen, dass dann wenn eine relevante Anzahl an Stunden noch verfügbar sind (z. B. 12 Therapiestunden), ein erneuter Einschluss in das QS-Verfahren vorzunehmen ist. Dieser Vorschlag ist zu unterstützen.

D) Stellungnahmeverfahren

Es werden Szenarien zum Umgang mit den Antworten der qualitätsrelevanten Therapieabbrüche bzgl. der Auslösung des Stellungnahme-Verfahrens vorgestellt. Unklar ist dabei, was mit „gültigen Antworten pro Fragebogen“ gemeint ist. Müssen pro Frage 4 gültige Antworten eingegangen sein oder auch vier Fragen des Fragebogens (zusätzlich) gültig beantwortet wurden sein? Dies sollte klargestellt werden.

E) Stichprobe oder Vollerhebung

Weiterhin ist nicht ganz klar, ob nur eine Stichprobe von Patienten die Befragung bekommt oder ob eine Vollerhebung erfolgen soll. Wenn keine Vollerhebung erfolgen soll - wie wird die Stichprobe dann hinsichtlich der Therapieabbrücker ausgewertet werden?

Düsseldorf, 13.06.2025

Dr. Martin Danner
Bundesgeschäftsführer



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

Berufsverband Deutscher
Psychologinnen und Psychologen e. V.
**VERBAND PSYCHOLOGISCHER
PSYCHOTHERAPEUTINNEN
UND PSYCHOTHERAPEUTEN**

Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin

17.06.2025

- **Beteiligungsworkshop zur Prüfung und ggf. Erarbeitung des Einbezugs von bzw. des Umgangs mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch (für die Patientenbefragung) in das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie***

Zusammenfassendes Statement des VPP im BDP e.V.

- Im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung ist Qualität ohne Frage ein hohes Gut. Wenn auch die Vorstellung darüber, ob es an Qualität oder qualitätssichernden Maßnahmen mangelt, wie Qualität am besten gemessen wird, und mit welchen Maßnahmen man diese – sofern nötig – verbessern, weit auseinandergehen. Aus diesem Grund ist es zu begrüßen, dass das aktuelle Qualitätssicherungsverfahren ambulante Psychotherapie (QS AmbPT) zunächst in einer Modellregion erprobt wird.

Die Modellphase hat gerade erst begonnen und viele Fragen über Umsetzbarkeit, Reliabilität und Validität im Feld, Wirksamkeit und Kosten-Nutzen-Relationen können noch nicht beantwortet werden. In diese Gemengelage hinein wurde das IQTiG nun beauftragt, sich mit der Frage des Einbezugs von Patient*innen mit vorzeitigem Therapieende und Therapieabbruch (für die Patient*innenbefragung) zu befassen.

- Diese Vorrede ist deshalb von Bedeutung, weil es mit Sicherheit sinnvoll ist, bei der Betrachtung von Qualität einer Psychotherapie gerade diejenigen Therapien genauer zu betrachten, bei denen zumindest der begründete Verdacht besteht, dass diese problematisch verlaufen sind. Nur inwieweit ist empirisch begründet, dass im Fall eines vorzeitigen Endes oder Abbruchs der Behandlung etwas schief gegangen ist, was der/die Psychotherapeut*in zu verantworten hat und somit ein Qualitätsdefizit besteht, das dem/der Psychotherapeut*in zugeschrieben werden kann? Wird beispielsweise eine Behandlung bei Nichteinhalten von Rahmenbedingungen oder fehlender Wirksamkeit von therapeutischer Seite abgebrochen, so spricht dies vielmehr für das Einhalten der Berufsordnung und die Schonung von Ressourcen.



Durch die geplante Einbeziehung der Patient*innen, deren Therapie vorzeitig beendet oder abgebrochen wurde, werden neben bereits skizzierten Fragen eine ganze Reihe weiterer methodischer Herausforderungen deutlich:

- *Große Heterogenität der Stichprobe:* Die zusätzliche Stichprobe, um die es hier geht, betrifft Behandlungen, die aus juristischen, formalen, inhaltlichen oder interpersonellen Gründen vor Erreichen des Therapieziels enden. Neben den unterschiedlichen Gründen für den Abbruch oder das vorzeitige Ende der Behandlung können diese auch zu völlig unterschiedlichen Zeitpunkten im therapeutischen Prozess erfolgen, was die Vergleichbarkeit der Daten einschränkt. Vergleichbarkeit zwischen den Leistungserbringenden ist aber genau das, was durch das in der Erprobung befindliche QS-Verfahren angestrebt wird.
- *Operationalisierung der Kriterien:* Während es augenscheinlich offensichtlich ist, wann eine Therapie abgebrochen bzw. vorzeitig beendet wurde, kann dies im Einzelfall schwierig zu beurteilen sein. Der gesonderte Fragebogen wird jedenfalls nur dann versandt, wenn der/die Therapeut*in die Therapie als abgebrochen bzw. vorzeitig beendet klassifiziert. Inwieweit das Verhältnis der bewilligten zu den durchgeführten Stunden eine hilfreiche zusätzliche Informationsquelle sein soll, erschließt sich im Einzelfall ebenfalls nicht (z.B. kann bereits bei Beantragung erkennbar sein, dass der Therapieprozess problematisch werden könnte, z.B. bei Substanzkonsum oder durch im Bericht an den/die Gutachter*in angegebene interaktionelle Schwierigkeiten, wird dann das Kontingent gekürzt, werden die Ergebnisse des erfassten Quotienten verfälscht).
- *Risikoadjustierung:* Eine angemessene Risikoadjustierung wurde bereits im Rahmen der Entwicklung des bisherigen Verfahrens umfänglich bemängelt. Die bisher zu diesem Zwecke ausgewählten Kriterien sind keinesfalls ausreichend, vor allem dann nicht, da es sich um eine sehr heterogene Stichprobe handelt. Eine Erörterung möglicher Faktoren auf Basis von wissenschaftlicher Literatur und klinischer Erfahrung könnte eine gewisse Verbesserung erbringen, noch hilfreicher ist eine umfassende explorative Studie vor Anwendung des Instruments.
- *Anwendbarkeit der bestehenden Items:* In den Unterlagen zur Beratung wird postuliert, dass das Expert*innengremium die Anwendung der meisten Items aus dem ursprünglichen Patient*innenfragebogen für die o.g. Stichprobe als anwendbar klassifiziert hat. Diese Annahme ist vor dem Hintergrund der beschriebenen großen Heterogenität der Stichprobe und bei noch ausstehender bzw. gerade erst angelaufener Erprobung des Fragebogens im Rahmen des Modellprojektes verwunderlich. So sind einerseits ggf. ein Teil der Prozessindikatoren vom Therapiebeginn bei sehr schwierigen Verläufen und konflikthafte Beziehungen bis zum Abbruch der Therapie gar nicht erschöpfend durchführbar. Andererseits kann zwar zu jedem Zeitpunkt danach gefragt werden, welche Ergebnisse die Behandlung (positiv wie negativ) hervorgebracht hat, jedoch werden die Antworten ohne Berücksichtigung diverser konfundierender Variablen keine aussagekräftigen und hilfreichen Informationen liefern.



- *Neue Items:* Die Notwendigkeit von zusätzlichen bzw. anderen Items wurde teilweise erkannt und zwei neue Items entwickelt. Das erste Item unterscheidet sich in seiner Form und dem Detailgrad deutlich von den anderen Items. Zugleich wurde zwar von der Expert*innengruppe auch auf inhaltliche Schwierigkeiten hingewiesen, diese konnten jedoch nicht ausgeräumt werden (z.B. ist „Übergriffigkeit“ als ein Aspekt unter dem Punkt *Probleme in der Beziehung* aufgeführt). Das zweite Item könnte je nach Situation, die zum Abbruch führte, unterschiedlich beantwortet werden. Insgesamt bleibt die im Gesamtprozess wiederholt vorgetragene Annahme, dass ein retrospektiver Fragebogen in dieser Form, wenn schon nicht vorrangig Beziehungsqualität misst, doch durch diese massiv beeinflusst wird, unberücksichtigt.
- *Interpretierbarkeit und Nutzen der Ergebnisse:* Vor dem Hintergrund der großen Heterogenität der Teilstichprobe bei gleichzeitig geringer Gesamtgröße ist die Interpretierbarkeit der Daten höchst fraglich. Der postulierte Nutzen für die Behandler*innen wäre dann gegeben, wenn ein Rückschluss auf die jeweiligen Fälle oder wenigstens ein Matching der Falldokumentation mit der Patient*innenbefragung durchgeführt . So bleibt es bei einer zeitlich sehr verzögerten globalen Rückmeldung über etwaige aufgetretene Schwierigkeiten.

Zusammenfassend möchten wir empfehlen, die Einbeziehung der o.g. Personen-
gruppe für den Zeitraum des Modellprojektes zurückzustellen und zunächst dessen
Ergebnisse abzuwarten. Die Heterogenität und Komplexität dieses zusätzlichen As-
pektes sind noch deutlich weitreichender als bei der Einbeziehung von Gruppenbe-
handlungen – die aus nachvollziehbaren Gründen zunächst außen vor bleiben. Au-
ßerdem ist zum jetzigen Zeitpunkt auch ohne diese zusätzlichen Herausforderungen
bereits fraglich, inwieweit der massive Aufwand durch eine Vollerhebung gerechtfertigt
ist, und einen etwaigen Mehrwert bzgl. der Versorgungsqualität bietet. Zur Klä-
rung der offenen, spezifischen Fragestellungen sollte in der Zwischenzeit eine explo-
rative Studie durchgeführt werden.

Mit freundlichen Grüßen,

Dipl.-Psych. Dr. Johanna Thünker
Für den VPP im BDP e.V.

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org