



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psycho- therapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 14. Juni 2021

Impressum

Thema:

Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner:

Prof. Dr. Jürgen Pauletzki, Fanny Schoeler-Rädke

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

17. Mai 2018

Datum der Abgabe:

14. Juni 2021, redaktionell angepasste Version vom 16. Juni 2021

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Stellungnahmeverzeichnis	5
Einleitung	6
1 Versorgungspraxis	7
2 Methodisches Vorgehen	9
2.1 Literaturrecherche	10
2.2 Expertengremium	13
2.3 Fokusgruppen.....	16
3 Grundgesamtheit des QS-Verfahrens	18
4 Qualitätsindikatorenset.....	24
4.1 Qualitätsaspekt „Diagnostik“	30
4.1.1 Qualitätsindikator „Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung von behandlungsrelevanten Dimensionen“	30
4.1.2 Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten“	35
4.2 Qualitätsaspekt „Therapiezielvereinbarung“	40
4.2.1 Qualitätsindikator „Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen“	40
4.3 Qualitätsaspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“	43
4.3.1 Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs“	43
4.3.2 Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf“	45
4.4 Qualitätsaspekt „Kooperation“	47
4.4.1 Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten“	48
4.5 Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“	51
4.5.1 Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie“	52
4.5.2 Qualitätsindikator „Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses“	54

4.6	Qualitätsaspekt „Outcome“	56
4.6.1	Qualitätsindikator „Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie“	60
4.7	Nicht berücksichtigte Qualitätsaspekte	61
5	Umsetzungs- und Auswertungskonzept.....	63
5.1	Datenquelle/Erhebungsinstrument	63
5.2	Vollerhebung und länderbezogenes Verfahren.....	64
5.3	Anbindung Telematikinfrastruktur.....	65
5.4	Auslösung, prozessbegleitende Dokumentation und Vollzähligkeit.....	66
5.5	QS-Dokumentation und Datenfelder	68
5.6	Zweijähriger Auswertungszeitraum	70
5.7	Datenvalidierung.....	71
5.8	Stellungnahmeverfahren und Qualitätsförderung	72
5.9	Auswertungen und Aussagen	73
5.10	Berichtswesen	75
5.11	Verwendung von Sozialdaten	75
6	Machbarkeitsprüfung.....	77
7	Risikoadjustierung	79
8	Verbesserungspotenzial	80
9	Umgang mit Kurzzeittherapien	81
10	Gutachterverfahren und Qualitätssicherung	82
11	Nutzen des QS-Verfahrens	83
12	Patientenbefragung.....	85
	Literatur.....	87

Stellungnahmeverzeichnis

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

- Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie e. V. (BPM)
- Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V./ Berufsverband Deutscher Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie e. V. (BVDN/BVDP)
- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DÄVT)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)
- Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung e. V. (DGPSF)
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM)
- Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)
- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e. V. (DKPM)
- Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e. V. (DeGPT)
- GKV-Spitzenverband (GKV-SV)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V (PatV)
- Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (SM BWL)
- Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK)
- Robert Koch-Institut (RKI)
- Systemische Gesellschaft e. V. / Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. (SG/DGFSG)

Stellungnahmen der Mitglieder des Expertengremiums

- Michael Born (STN Expertin/Experte)
- Christiane Dittmann (STN Expertin/Experte)
- Stefanie Hild-Steimecke (STN Expertin/Experte)
- Sebastian Jugert (STN Expertin/Experte)
- Mechthild Lahme (STN Expertin/Experte)
- Beatrice Piechotta (STN Expertin/Experte)
- Sebastian Rühl (STN Expertin/Experte)
- Dr. Philipp Victor (STN Expertin/Experte)

Einleitung

Am 22. März 2021 hat das IQTIG den Vorbericht zum „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ vorgelegt. Im Anschluss daran erfolgte das sechswöchige Beteiligungsverfahren. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahmen endete am 2. Mai 2021. Es gingen 19 Stellungnahmen von verschiedenen Institutionen, Fachgesellschaften und Berufsverbänden sowie den Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ein. Zudem hatte das IQTIG den Mitgliedern des beratenden Expertengremiums die Möglichkeit zur Stellungnahme eingeräumt. Von den Expertinnen und Experten wurden 8 Stellungnahmen übermittelt.

Das IQTIG bedankt sich ausdrücklich bei allen Stellungnehmenden für ihre differenzierten und zum Großteil positiven Rückmeldungen sowie ihre konstruktive Kritik. Die Inhalte der eingegangenen Stellungnahmen wurden geprüft und gewürdigt, der Bericht wurde auf Basis der Stellungnahmen geprüft bzw. überarbeitet.

Die eingegangenen Stellungnahmen wurden in folgender Weise bearbeitet:

- Extraktion der zentralen Kritikpunkte und Anmerkungen mittels MAXQDA
- Sortierung und Zuordnung zu einer zugrundeliegenden Fragestellung bzw. Thematik soweit möglich Zuordnung der Themen zu den Kapiteln des Vorberichts
- Zusammenfassung der zentralen Aussagen unter einer thematischen Überschrift und Beantwortung der aufgeworfenen Frage(n)
- ggf. Hinweis auf Berücksichtigung im Abschlussbericht

Im vorliegenden Dokument werden die zentralen Aspekte aus den Stellungnahmen zusammengefasst und es wird erläutert, wie das Institut mit den vorgebrachten Hinweisen und der Kritik umgegangen ist. Die Hinweise und die Kritik aus den Stellungnahmen sind in Anlehnung an die Reihenfolge der Abschnitte und Kapitel des Vorberichts geordnet. Einem Großteil der Stellungnahmen ist eine Wertschätzung des Vorgehens des IQTIG zu entnehmen. Insbesondere wurden die Herausforderungen der Beauftragung sowie die Fokussierung auf Prozessqualität hervorgehoben. Erwartungsgemäß wird in vielen Stellungnahmen die Verfahrens- und Diagnoseunabhängigkeit, der konkrete Verbesserungsbedarf in der Versorgung sowie der Einsatz von standardisierten diagnostischen Instrumenten kritisch thematisiert. Im vorliegenden Dokument wird auf die entsprechenden Stellungnahmen eingegangen. Teilweise wurden Erläuterungen oder Präzisierungen zu einzelnen Themenabschnitten erbeten, die, sofern möglich, im Abschlussbericht ergänzt wurden. Änderungen oder Ausführungen, die die Qualitätsindikatoren betreffen, wie beispielsweise Formulierungen, Ein- und Ausschlüsse oder Ausfüllhinweise, finden sich im Bericht in den Beschreibungen der Qualitätsindikatoren (Kapitel 5) sowie im Dokument „Indikatorenset 1.1“.

1 Versorgungspraxis

Durch eine stellungnahmeberechtigte Organisation wurde die umfangreiche Literaturrecherche zur psychotherapeutischen Versorgungspraxis als begrüßenswert bezeichnet (PatV, S. 8). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde hervorgehoben, dass die Darstellung der Versorgungssituation im Vorbericht als gelungen anzuerkennen sei (BÄK, S. 19).

In einer Stellungnahme wurde darauf hingewiesen, dass die Neuerungen zur Verordnungsbefugnis (Soziotherapie und weitere Heilmittel) von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nicht auf die Änderung der Psychotherapie-Richtlinie, sondern die des Bundesmantelvertrags zurückzuführen seien (KBV, S. 13).

IQTIG: Das IQTIG dankt für den Hinweis und korrigiert dies im Abschlussbericht.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass die durch die gesetzliche Krankenversicherung bewilligte Höchstgrenze an Therapiestunden für die Behandlung traumatisierter Patientinnen und Patienten nicht ausreiche und die gesetzliche Grundlage an den tatsächlichen Bedarf solch schwer belasteter Personen anzupassen sei (DeGPT, S. 5).

IQTIG: Das IQTIG nimmt die Anmerkung zur Kenntnis.

In zwei Stellungnahmen wurde die Anmerkung gemacht, zu den Ausführungen in Abschnitt 2.1.2 des Vorberichts sei zu ergänzen, dass auch im Anschluss an eine Rehabilitationsbehandlung keine zwingende Notwendigkeit für die psychotherapeutische Sprechstunde bestehe. Dies werde erst in der Abbildung auf S. 29 ersichtlich (KBV, S. 13; BÄK, S. 3).

In Abschnitt 2.1.3 des Vorberichts sei der Begriff „Verlängerungsantrag“ durch „Umwandlungsantrag“ zu ersetzen. Ebenso seien bereits vor Änderung der Psychotherapie-Richtlinie berufserfahrene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten von der Berichtspflicht im Rahmen der Kurzzeittherapie befreit gewesen. In Abschnitt 2.3.3 des Vorberichts sei ergänzend hinzuzufügen, dass durch die Terminservicestellen seit dem 01. Oktober 2018 auch Termine für die probatorischen Sitzungen vermittelt werden (BÄK, S. 3).

In einer Stellungnahme wurde bemerkt, es sei auf S. 23 des Vorberichts missverständlich dargestellt, dass die Mindestzahl an probatorischen Sitzungen von 2 auf 4 angehoben worden sei. Das Wort „müssen“ sollte durch „können“ ersetzt werden (KBV, S. 13). Von derselben stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass auf S. 24 des Vorberichts der Hinweis fehle, dass das Behandlungsende seit Mitte 2020 anhand einer „Pseudo-GOP“ angezeigt werde.

Dies werde erst auf S. 123 aufgeführt (KBV, S. 13). Es wurde überdies angemerkt, dass sich die Ausführungen auf S. 25 des Vorberichts so lesen würden, als bestünde eine Gutachterpflicht auch für Kurzzeittherapien (KBV, S. 13). Auch sei bezüglich der Seite 26 des Vorberichts klarzustellen, dass nicht nur die Psychotherapie-Richtlinie und -Vereinbarung, sondern vorrangig das Psychotherapeutengesetz das Konsiliarverfahren regele (KBV, S. 13).

IQTIG: Das IQTIG dankt für die Hinweise und präzisiert bzw. korrigiert die entsprechenden Stellen im Abschlussbericht.

Es werde der Beleg zur Aussage gefordert, „dass über 50 % der Patientinnen und Patienten eine sekundäre Suchtproblematik“ hätten (S. 30 des Vorberichts). Auch sei es wünschenswert, diese Textstelle um weitere Diagnosen zu ergänzen, um das breite Spektrum der psychotherapeutischen Indikationen aufzuzeigen (KBV, S. 13).

IQTIG: Das IQTIG prüft die genannte Stelle und wird im Abschlussbericht ggf. entsprechende Ergänzungen vornehmen.

In derselben Stellungnahme wurde angemerkt, dass die Formulierung einer Senkung der Wartezeit (S. 32 des Vorberichts) nicht zutreffend sei, da es die psychotherapeutische Sprechstunde vor 2017 noch nicht gegeben habe (KBV, S. 13).

IQTIG: Das IQTIG dankt für den Hinweis und präzisiert bzw. korrigiert die entsprechenden Stellen im Abschlussbericht.

Durch dieselbe stellungnahmeberechtigte Organisation wurde kritisiert, dass durch die Darlegungen auf S. 34 des Vorberichts der Eindruck entstehe, dass Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status und an Depression Erkrankte durch die psychotherapeutische Versorgung in hohem Maße benachteiligt würden. Bezüglich der Aussage des IQTIG: „In Studien wird auch darauf verwiesen, dass Chancenungleichheiten von Patientinnen und Patienten bezüglich des Erhalts eines Therapieplatzes vorliegen können.“ sei kein von Leitlinien abweichendes Vorgehen der Leistungserbringer zu berichten (KBV, S. 5).

IQTIG: Gemeint ist, die unterschiedliche Inanspruchnahme der psychotherapeutischen Versorgung durch unterschiedliche Gruppen. Keinesfalls gemeint ist ein aktiver benachteiligender Ausschluss durch die Leistungserbringer. Das IQTIG prüft und präzisiert den Abschnitt.

2 Methodisches Vorgehen

Durch mehrere Stellungnehmende wurde das methodische Vorgehen des IQTIG bei der Indikatorenentwicklung positiv bemerkt. So sei der Entwicklungsprozess „professionell und fundiert“ sowie „methodisch sauber“ abgelaufen mit Integration von Literatur, Fokusgruppenergebnissen, des Expertenkonsens und der politischen Zielsetzungen (OPK, S. 10). Das methodische Vorgehen sei ausführlich (DGPPN, S. 2; DGPM, S. 3) und dabei transparent und nachvollziehbar dargelegt worden (KBV, S. 5; BÄK, S. 17) und weise einen sehr guten qualitativen Standard auf (BPM, S. 2).

In einer Stellungnahme wurde das Vorgehen des IQTIG als sehr durchdacht und das Thema sehr vielfältig beleuchtet beschrieben (STN Expertin/Experte). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde dem IQTIG eine gute methodische Qualität bescheinigt, obgleich das vom IQTIG vorgesehene Vorgehen Fragen aufwerfe, die in der weiteren Entwicklung des QS-Verfahrens zu berücksichtigen seien (DKPM, S. 2). Die durch das IQTIG vorgenommene umfangreiche Literatur- und Leitlinienrecherche wurde von zwei Stellungnahmeberechtigten positiv anerkannt (PatV, S. 9; STN Expertin/Experte). Durch eine weitere stellungnahmeberechtigte Organisation wurde bemerkt, dass die den entwickelten Qualitätsindikatoren zugrundeliegenden Informationen insgesamt verständlich dargelegt seien (GKV-SV, S. 10). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde hervorgehoben, dass die methodischen Schritte der Indikatorenentwicklung, mit der ausführlichen Darlegung der Literaturextraktion im Anhang, transparent und gut nachvollziehbar dargestellt worden seien (KBV, S. 5).

Dagegen wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation die Darstellung des gesamten Prozesses der Indikatorenentwicklung als nicht ausreichend transparent und mehrheitlich nicht ausführlich genug kritisiert. Entscheidende Prozesse der Beratungen und Bewertungen innerhalb des IQTIG und mit dem Expertengremium seien nicht nachzuvollziehen (BPtK, S. 30). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde Kritik an der Beschreibung des methodischen Vorgehens im Vorbericht geäußert. Es sei nicht erkennbar, ob lediglich das grundsätzlich vorgesehene Vorgehen aus dem Methodenpapier oder der tatsächliche Vorgang beschrieben werde (BPtK, S. 4). Zudem wurde angemerkt, dass die Begründung, wie die getroffene Auswahl der Qualitätsindikatoren erfolgt ist, nicht ausreichend sei (DGPPN, S. 2). Auch eine andere Stellungnahme kritisierte, dass das methodische Vorgehen im Vorbericht nicht mit einheitlicher Detailtiefe beschrieben worden sei (DGPT, S. 2).

IQTIG: Im Vorbericht ist zum einen verkürzt das grundsätzliche methodische Vorgehen skizziert (ausführlich siehe „Methodischen Grundlagen“), zum anderen die konkrete Ausgestaltung, wie sie für diese Entwicklung erforderlich war.

2.1 Literaturrecherche

In einer Stellungnahme wurde gefordert, dass begründend dargelegt werden sollte, weshalb die verschiedenen Rekerchethemen mit unterschiedlichen Rekerchemethoden (systematische Recherche, orientierend) erschlossen wurden (GKV-SV, S. 10).

IQTIG: Aufgrund der Erfahrungen aus systematischen Recherchen zu Themen, die die ambulante Psychotherapie betreffen, erschien entsprechend einiger formulierter Fragestellungen eine systematische Recherche in bibliografischen Datenbanken sowie die weitere systematische Selektion und Synthese geeigneter Artikel nicht angebracht bzw. geeignet. Dies hängt möglicherweise mit einem anderen Publikationsverhalten der Psychotherapieforschung im Gegensatz zu anderen Disziplinen wie der Medizin zusammen.

Im Rahmen der orientierenden Recherche wurden Key Paper identifiziert, die als Ausgangspublikationen für eine Snowball-Recherche dienten. Bei dieser Methode der Informationsbeschaffung erfolgt eine prospektive Recherche nach Artikeln, die den Ausgangsartikel zitieren (Forward Citation Searching über Google Scholar), aber auch eine retrospektive Sichtung der im Artikel selbst zitierten Publikationen (Backward Citation Searching = Sichten der Referenzlisten der Key Paper). Des Weiteren wurden über die Funktion „Similar articles“ in PubMed dem Ausgangsartikel ähnliche Publikationen gesichtet. Die Dokumentation der orientierenden Recherche findet sich in Anhang A.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass zur Ableitung der Q-Merkmale kaum diagnose- und therapieverfahrensunabhängige Literatur, sondern mehrheitlich diagnosebezogene Leitlinien aus den USA und Großbritannien herangezogen wurden, die sich nicht ohne weiteres für die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland heranziehen ließen (KBV, S. 5).

In einer Stellungnahme wurde kritisiert, dass mehrheitlich Leitlinien bei der Indikatorenentwicklung berücksichtigt wurden, jedoch keine Referenzen zu verfahrensspezifischen Qualitätsstandards (DGPT, S. 3).

In einer Stellungnahme angemerkt wurde, dass die Literatur und Leitlinien, die herangezogen wurden, sich mehrheitlich auf psychiatrische Behandlungen, sehr kurze therapeutische Interventionen im Kontext nicht-deutscher Gesundheitssysteme oder spezifische therapeutische Verfahren bezogen. Die Leitlinien seien derart behandelt worden, als seien sie verfahrensunabhängig gültig. Obgleich es eine Herausforderung für das IQTIG gewesen sein muss, den Anforderungen der Beauftragung entsprechende Literatur zu identifizieren, hätten diese Limitationen transparenter dargelegt werden sollen (STN Expertin/Experte).

Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde das kritische Statement abgegeben, dass, obschon im Indikatorenset für jeden Indikator die

diagnosespezifischen Leitlinien korrekt und transparent aufgeführt wurden, die entsprechenden diagnosespezifischen Leitlinienempfehlungen so formuliert worden seien, als seien sie diagnoseunabhängig. Es sei nicht deutlich gemacht worden, „für welche Erkrankungen welche Leitlinienempfehlungen vorliegen“. Zur übersichtlicheren Einordnung, welche Indikatoren generisch auf die Psychotherapie anwendbar sind, wurde vorgeschlagen, tabellarisch darzustellen, für welche Diagnosen welche Leitlinienempfehlungen bestehen (BÄK, S. 4, S. 18).

IQTIG: Wie in den Methodischen Grundlagen des IQTIG beschrieben, wird, um relevante Abläufe oder Ereignisse der Versorgung zu identifizieren, die für einen Qualitätsaspekt als Qualitätsmerkmal genutzt werden könnten, auf das Ergebnis der im Rahmen der Entwicklung des Qualitätsmodells recherchierten Leitlinien bzw. deren Aktualisierung zurückgegriffen. Stehen evidenzbasierte Leitlinien (S3, S2e) zur Verfügung, bilden diese den Ausgangspunkt für die Ableitung von struktur- und prozessqualitätsbezogenen Qualitätsmerkmalen, und sofern Core Clinical Outcomes in den Leitlinien enthalten sind, auch von ergebnisqualitätsbezogenen Qualitätsmerkmalen. Bei Qualitätsmerkmalen aus ausländischen Leitlinien oder pflegerischen Expertenstandards wird zusätzlich geprüft, ob die Empfehlungen auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sind.

Für die Ableitung der Merkmale für das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie standen für alle adressierten Aspekte sowohl internationale Leitlinien als auch nationale S3-Leitlinien zur Verfügung. Diese sind auch u.a. in den Rationalen der Indikatoren transparent gemacht.

Im Zuge der Recherche konnte keine Leitlinie identifiziert werden, die diagnose- oder therapieverfahrensübergreifend die Intervention Psychotherapie adressiert. Auch das der Entwicklung zugrundeliegende diagnose- und verfahrensübergreifende Qualitätsmodell (Zwischenbericht 2019) wurde auf Basis der vorliegenden Evidenz entwickelt. Grundsätzlich könnte entsprechend den Methodischen Grundlagen bei völligem Fehlen von Leitlinienevidenz die Ableitung der Qualitätsmerkmale entlang des Versorgungspfads aus der besten verfügbaren Evidenz der eingeschlossenen, aktualisierten Wissensbestände erfolgen. Es ist zutreffend, dass zur Ableitung der Q-Merkmale kaum diagnose- und therapieverfahrensunabhängige Literatur identifiziert werden konnte, wie im Vorbericht in Abschnitt 3.2.4 auch formuliert. Daher wurden entsprechend den Methodischen Grundlagen die Merkmale auf Basis der nationalen und internationalen diagnosespezifischen Leitlinien sowie der besten verfügbaren Evidenz abgeleitet und geprüft.

Um diese Limitationen methodisch zu adressieren, wurde in die Bewertung und Diskussion der abgeleiteten Qualitätsmerkmale im Expertengremium sowohl für die Entwicklung der dokumentationsbasierten Indikatoren als auch

der Patientenbefragung zusätzliche Kriterien ergänzt, wie in Abschnitt 3.5.1 des Vorberichts dargestellt: „Themenspezifisch für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie und insbesondere da ausschließlich diagnosespezifische Leitlinien vorliegen, war in diesem Arbeitsschritt zudem eine Einschätzung durch die Expertinnen und Experten hinsichtlich der beauftragungsspezifischen Anforderung der Unabhängigkeit von einer spezifischen Diagnose sowie von dem angewandten psychotherapeutischen Verfahren sowie der Anwendbarkeit auf die Systemische Therapie erforderlich.“

In mehreren Stellungnahmen wurde die Interpretation der Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche und im Besonderen die Auslegung der Studienergebnisse von Wittmann et al. (2011) kritisiert. Durch eine stellungnehmende Person wurde beanstandet, dass Ergebnisse des Artikels durch das IQTIG nicht angemessen interpretiert wurden. In einer anderen Stellungnahme wurde angemerkt, dass vom IQTIG nicht aufgegriffen worden sei, dass im Rahmen der Studie psychotherapeutische Behandlungen unter Einsatz von Testverfahren eine längere Dauer gehabt haben als jene, die dem Gutachterverfahren unterlagen (STN Expertin/Experte).

Diese Auffassungen werden in einer weiteren Stellungnahme geteilt, nach der sich aus der genannten Studie zudem nicht ableiten lasse, dass sich die initiale Diagnostik durch den Einsatz von „standardisierten bzw. psychometrischen Testverfahren“ signifikant verbessern ließe (BPtK, S. 12). Die Interpretation der Studienergebnisse wird auch von anderen Stellungnehmenden kritisch gesehen und zudem angemerkt, dass die Studie darüber hinaus zu dem Ergebnis komme, „dass die alleinige Nutzung von QS-Instrumenten nicht eine direkte Verbesserung der Qualität der Therapie mit sich bringt.“ (KBV, S. 6, STN Expertin/Experte).

IQTIG: Das IQTIG prüft die Ergebnisse der Wittmann-Studie und ihre Aussagekraft für die Indikatorenentwicklung. Der Abschlussbericht wird entsprechend präzisiert und ergänzt.

Durch eine stellungnahmeberechtigte Organisation wurde angeregt, dass die Leitlinie zur PTBS vom 30.04.2019 zu berücksichtigen sei, da Traumafolgestörungen, laut Vorbereicht, zur am häufigsten mit Psychotherapie behandelten Störungsgruppe (F43.-) gehöre. Die Leitlinie sei für die Versorgung in Deutschland relevant und würde das Indikatorenset nachträglich nicht verändern. Die darin aufgeführten Empfehlungen sollten bei der psychotherapeutischen Behandlung der PTBS im Rahmen der Diagnostik und Behandlungsplanung und für den Indikator 43xx14 berücksichtigt werden (DeGPT, S. 2f., S. 4).

In einer weiteren Stellungnahme wurde vorgeschlagen, den Barmer Ärztereport 2020 in die Literaturrecherche aufzunehmen, „der einen Schwerpunkt auf die ambulante Psychotherapie mit der Auswertung von rund acht Millionen Versi-

chertendaten und einer repräsentativen Befragung von 2.000 Barmer-Versicherten u.a. über den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung und zur Zufriedenheit mit unterschiedlichen Aspekten der Behandlung legt“ (PatV, S. 9).

IQTIG: Die angesprochene Leitlinie lag zum Zeitpunkt der Leitlinienrecherche bzw. Aktualisierung der Recherche noch nicht veröffentlicht vor und fand daher keine Berücksichtigung. Grundsätzlich ist eine nachträgliche, selektive Hinzunahme einer einzelnen Leitlinie methodisch nicht zu empfehlen. Das IQTIG nimmt den Hinweis für zukünftige Weiterentwicklungen des Verfahrens auf.

Das IQTIG prüft, ob der Abschlussbericht um Informationen aus dem Barmer Ärztereport 2020 ergänzt werden kann.

2.2 Expertengremium

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde der Einbezug der Expertinnen und Experten sowie der Patientenvertretungen in die Indikatorenentwicklung ausdrücklich begrüßt (PatV, S. 11). Dieses Vorgehen wurde als kooperativ, konstruktiv und professionell gewürdigt (OPK, S. 3; STN Expertin/Experte).

Durch mehrere Stellungnahmeberechtigte wurde die ausgewogene Zusammensetzung des Expertengremiums hervorgehoben, in dem auch die Systemische Therapie und die Patientinnen und Patienten repräsentiert gewesen seien (GKV-SV, S. 11; SG/DGSF, S. 1; STN Expertin/Experte). Laut einer Stellungnahme sei positiv zu betonen, dass auf einen hohen Anteil an praktisch tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten geachtet wurde (KBV, S. 12 f.).

Eine gegenteilige Auffassung wurde durch zwei stellungnahmeberechtigte Organisationen vertreten, die kritisierten, dass die Zusammensetzung des Expertengremiums einerseits nicht ausgewogen erfolgt sei (SM BWL, S.1) und andererseits ausschließlich systemisch arbeitende Therapeutinnen und Therapeuten im Expertengremium nicht repräsentiert gewesen seien, wodurch die Anwendbarkeit der Merkmale bzw. Indikatoren für die Systemische Therapie nicht hätte eingeschätzt werden können und neu durch das IQTIG geprüft werden müsse (KBV, S. 6). Desweiteren sei unverständlich, weshalb eine Person, die gleichzeitig beratend für die Patientenvertretung in der AG DeQS tätig ist, in das Expertengremium aufgenommen wurde. Vor dem Hintergrund der erforderlichen Unvoreingenommenheit sollten derlei Konstellationen in Zukunft vermieden werden (KBV, S. 12 f.).

IQTIG: Der Kritik der Unausgewogenheit des Expertengremiums kann das IQTIG nicht folgen. Die Auswahl der Expertinnen und Experten erfolgte nach einem gestuften Auswahlverfahren (siehe Anhang C.1). Hierzu wurde zunächst die berufliche Qualifizierung (Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin/Psychotherapeut, Wissenschaftlerin/Wissenschaftler) als Auswahlkrite-

rium herangezogen und im nachfolgenden Schritt eine Auswahl aufgrund relevanter Berufserfahrung vorgenommen (hauptberuflich im ambulanten Bereich als Psychotherapeutin/Psychotherapeut mit Schwerpunkt Erwachsene tätig und/oder federführend in Forschungsprojekten mit inhaltlicher Relevanz, z. B. Psychotherapieforschung, tätig und/oder Aufweisen von besonderer methodischer Expertise, z. B. Indikatorenentwicklung, Outcome-Messung, Datenauswertung und/oder Aufweisen von besonderer Expertise im Kontext des Gesundheitssystems, z. B. Entwicklung im Kontext von Qualitätssicherung oder Modellprojekten wie z. B. PsychBado). Zusätzlich konnte eine ausgewogene Zusammensetzung der Expertinnen und Experten nach Geschlecht, Berufsalter, Qualifizierung, geografischem Versorgungsgebiet, Therapieverfahrensart und Zugehörigkeit in Fachgesellschaften realisiert werden.

Die Patientenvertreter bzw. -vertreterinnen für die Expertengremien werden von der Patientenvertretung des G-BA bzw. deren Mitgliedsorganisationen (Vertretung der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V) benannt.

Da die Systemische Therapie als viertes Richtlinien-Psychotherapieverfahren im November 2018 in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen wurde, wurde die Ausschreibung auf Expertinnen und Experten dieses Therapieverfahrens erweitert und gezielt an die entsprechenden Berufsverbände und Organisationen weitergeleitet. Mit Frau Dr. Borst konnte die Vorsitzende der Systemischen Gesellschaft und Leiterin des Ausbildungsinstitutes für systemische Therapie und Beratung in Meilen / Zürich und mit Frau Dr. Gemeinhardt eine weitere ausgewiesene systemische Therapeutin gewonnen werden. Zum Vorbericht ist entsprechend auch eine Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie sowie der Systemischen Gesellschaft eingegangen. Zusätzlich verfügen mehrere andere Mitglieder des Expertengremiums über eine Zusatzqualifikation in Systemischer Therapie.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde das methodische Vorgehen bei der Einbeziehung des Expertengremiums zur Bewertung der Q-Merkmale hinsichtlich der Gewichtung der Expertenmeinung und des Handlungsspielraums des IQTIG als unklar bezeichnet (BPtK, S. 5). Durch mehrere Stellungnahmeberechtigte wurde kritisiert, dass die Darstellung des Entwicklungsprozesses im Vorbericht - im Gegensatz zu früheren Berichten - rein narrativ und intransparent sei und dadurch keine Nachvollziehbarkeit bestehe, worüber Konsens und worüber Dissens unter den Expertinnen und Experten bestanden hat (BÄK, S. 18; BPtK, S. 5; OPK, S. 3; STN Expertin/Experte). In zwei Stellungnahmen wurde der Bewertungsprozess der Qualitätsmerkmale im Expertengremium, der in Anlehnung an die RAND/UCLA-Appropriateness-Methode durchgeführt wurde, kritisiert. Eine entsprechende Transparentmachung der Bewertungsergebnisse sei nicht erfolgt (STN Expertin/Experte). Konkret wurde darüber hinaus angemerkt,

dass nicht nachvollziehbar sei, ob Unterschiede in der Bewertung der Q-Merkmale zwischen den Vertreterinnen und Vertretern innerhalb eines Therapieverfahrens oder verschiedener Therapieverfahren bestanden haben (BPtK, S. 5; KBV, S. 6). Darüber hinaus sollten die unterschiedlichen Expertenbewertungen erläutert werden (GKV-SV, S. 11). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde kritisiert, dass durch den „Schulenstreit“ innerhalb des Expertengremiums nur unzureichende Kompromisse geschlossen worden seien, die der Qualitätssicherung und dem Schutz der Patientinnen und Patienten nicht genügten. Psychische Erkrankungen und ihre Linderung seien verfahrensunabhängig und die Senkung der Erkrankungsschwere durch Psychotherapie müsse messbar sein und gemessen werden (GKV-SV, S. 11).

IQTIG: Entsprechend den Methodischen Grundlagen hat das Expertengremium bei allen Entwicklungsschritten eine beratende Funktion für das IQTIG. Die Empfehlungen des Gremiums werden vom IQTIG nach jedem Treffen reflektiert und berücksichtigt. Das Expertengremium ist somit eine unter verschiedenen Wissensquellen, die das IQTIG bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren nutzt, wobei die finalen Entscheidungen zu jedem Zeitpunkt der Entwicklung in der Verantwortung des IQTIG liegen. Die merkmalsbezogene Einschätzung anhand definierter Kriterien anhand einer 9-stufigen Skala dient zur quantitativen Ermittlung der Übereinstimmung der Experten und darauf basierend als Diskussionsgrundlage bzw. zur Identifizierung von besonderem Diskussionschwerpunkten. Eine detaillierte tabellarische Darstellung der einzelnen Bewertungen entspricht nicht diesem methodischen Konzept. Die Entscheidung, welche Qualitätsmerkmale in die weitere Indikatorenentwicklung eingehen, wird durch das IQTIG nach einer umfassenden Aufbereitung und Gegenüberstellung der Ergebnisse aus allen verfügbaren Wissensquellen getroffen.

Durch zwei Stellungnehmende wurde bemängelt, dass das Expertengremium erst nach der Ableitung konkreter Q-Merkmale in den Entwicklungsprozess einbezogen wurde (KBV, S. 6; BPtK, S. 4). In einer dieser Stellungnahmen wurde weiter ausgeführt, dass in der Folge durch das Expertengremium Kritik am Q-Modell nicht eingebracht werden konnte und dieses Vorgehen eine Schwäche der Methodischen Grundlagen des IQTIG offenlege, welche dringend bearbeitet werden müsse (KBV, S. 6f.).

IQTIG: Das IQTIG nimmt diese grundsätzliche Kritik an den Methodischen Grundlagen zur Kenntnis.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde dagegen kritisiert, dass laut Darlegung im Bericht einige Expertinnen und Experten dafür plädierten, die Indikatoren nicht zu konkret zu operationalisieren, um den Leistungserbringern den für die spezifische therapeutische Dyade notwendigen Gestaltungsspielraum zu erhalten. Dieser Forderung ist das IQTIG laut der Stellungnahme in zu hohem Maße nachgekommen. Es wurden dabei sehr unterschiedliche Haltungen zwischen den Vertreterinnen und Vertretern der einzelnen therapeutischen Verfahren hinsichtlich der Qualitätsanforderungen deutlich (GKV-SV, S. 8).

IQTIG: Das IQTIG hat dies eventuell im Vorbericht missverständlich formuliert. Dass die Operationalisierung der Indikatoren so gestaltet sein muss, dass beauftragungsgemäß die Verfahrens- und Diagnoseunabhängigkeit und insbesondere – ebenfalls beauftragungsgemäß – sichergestellt ist, „[...] dass das QS-Verfahren nicht in den therapeutischen Behandlungsprozess eingreift [...]“, wurde vom IQTIG in das Expertengremium eingebracht und zur Diskussion gestellt. In dieser Diskussion wurde deutlich, dass diese Auffassung ganz überwiegend von den Expertinnen und Experten geteilt wird.

Die Empfehlungen des Gremiums werden vom IQTIG nach jedem Treffen reflektiert und berücksichtigt. Die finalen Entscheidungen liegen zu jedem Zeitpunkt der Entwicklung in der Verantwortung des IQTIG.

2.3 Fokusgruppen

In mehreren Stellungnahmen wurde das methodische Vorgehen bei der Fokusgruppeneinführung und -auswertung thematisiert.

Durch eine stellungnahmeberechtigte Organisation wurde hervorgehoben, dass die aufwendige Integration der Fokusgruppen als weitere wichtige Datenquelle in die Entwicklungsarbeit begrüßenswert sei (PatV, S. 10). Anderenorts wurde angemerkt, dass „die Akquise, Zusammensetzung und Durchführung der Gruppen“ keine Vorgehensweise darstelle, auf deren Grundlage sich „belastbare Ergebnisse“ ableiten ließen. Anstatt das Fokusgruppenmaterial mittels Inhaltsanalyse nach Mayring auszuwerten und darzustellen, sei das Vorgehen nicht den wissenschaftlichen Standards entsprechend vorgenommen worden. Darüber hinaus sei die vertraulich vorgenommene Auswahl der Zitate zugunsten der gewählten Qualitätsmerkmale vorgenommen und dieses Vorgehen mit dem Datenschutzaspekt bzgl. des Fokusgruppenmaterials begründet worden. Die Verallgemeinerung einzelner Aussagen der Fokusgruppenteilnehmenden entspräche nicht guter wissenschaftlicher Praxis (KBV, S. 5f.). Die Verallgemeinbarkeit einzelner Aussagen der Teilnehmenden wurde auch in einer weiteren Stellungnahme infrage gestellt. Dabei sei vor allem für die Operationalisierung und Entwicklung der Datenfelder relevant, dass nur eine Fokusgruppe aus Patientinnen und Patienten bestanden habe, die erst kürzlich ihre Therapie abgeschlossen hatten (BPTK, S. 8).

Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde kritisiert, die Schritte der Synthese der Fokusgruppensitzungen seien intransparent und eine selektiv vorgenommene Auswahl der Zitate habe zu nicht nachvollziehbaren Schlussfolgerungen geführt (DGPT, S. 2). Auch die nicht dargelegte Gewichtung der Zitate, welche im Anhang hätte aufgeführt werden können, wurde in einer Stellungnahme kritisiert (STN Expertin/Experte). Von einem Mitglied des Expertengremiums wurde kritisiert, dass das Fokusgruppenmaterial nicht mittels anonymisierter Transkripte zur Verfügung gestellt wurde sowie dass die Auswahl der Zitate selektiv und intransparent sei (STN Expertin/Experte).

Durch ein weiteres Mitglied des Expertengremiums wurde angemerkt, dass keine der Verfahrensvielfalt entsprechende, differenzierte Auswertung des Fokusgruppenmaterials mit Überrepräsentation der Verhaltenstherapie stattgefunden habe, während die analytische Psychotherapie unterrepräsentiert gewesen sei. Es könnte durch das gewählte Vorgehen des IQTIG der Eindruck entstehen, dass die in den Gruppen geäußerten Qualitätsmängel vorrangig für ein einzelnes Verfahren gelten und Einzelmeinungen zu anderen Verfahren weniger Beachtung gefunden hätten (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Die Zusammensetzung der Fokusgruppen orientierte sich am tatsächliche Versorgungsgeschehen. Ausführliche Informationen dazu sind dem Vorbericht zur Indikatorenentwicklung als auch dem Zwischenbericht zur Entwicklung der Patientenbefragung zu entnehmen. Die Durchführung und Auswertung der Fokusgruppen erfolgte entsprechend den Methodischen Grundlagen des IQTIG.

Wie auch nochmals im Vorbericht dargestellt, erfolgt die Auswahl der Zitate nicht selektiv. Das Datenmaterial wurde entsprechend den Methodischen Grundlagen des IQTIG fokusgruppenübergreifend in Anlehnung an die zusammenfassende und strukturierende Inhaltsanalyse kodiert. Während mithilfe der aus den Moderationsleitfäden deduktiv entwickelten Hauptkategorien zunächst zentrale Aussagen aus den Fokusgruppen erfasst wurden, konnte mit den anschließenden induktiv entwickelten Subkategorien das Kategoriensystem präzisiert und das Datenmaterial umfassend interpretiert werden. Anschließend wurden die Ergebnisse der Datenanalyse aller Fokusgruppen vor dem Hintergrund derjenigen Qualitätsaspekte, für welche dokumentationsbasierte Indikatoren zu entwickeln sind, nochmals gesichtet und interpretiert. Es wurden solche Textstellen als Ankerbeispiele für die Ergebnisdarstellung im Bericht ausgewählt, die die Erfahrungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer prägnant veranschaulichen und stellvertretend für ähnliche Diskussionsbeiträge stehen.

Dabei dienten diese der Merkmalsableitung sowie der Identifizierung von Verbesserungsbedarfen – nicht der Operationalisierung von Datenfeldern.

3 Grundgesamtheit des QS-Verfahrens

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass das Kapitel „[...] eindrucksvoll die Heterogenität der Grundgesamtheit des geplanten QS-Verfahrens, sowohl hinsichtlich der betroffenen Patientinnen und Patienten als auch der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ belege (BÄK, S. 4).

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde kritisch angemerkt, dass die Ein- und Ausschlusskriterien nicht eindeutig nachvollziehbar seien und aus verschiedenen Kapiteln und Anhängen eigenständig herausgefiltert und interpretiert werden müssten. Zudem sei unklar, auf welcher Basis die Auswahl getroffen wurde (KBV, S. 5; BptK, S. 30). Es wurde daher gebeten, eine kurze übersichtliche Tabelle im Abschlussbericht zu integrieren, die die Ableitung der Ausschlusskriterien veranschaulicht (KBV, S. 5).

IQTIG: Eine entsprechende Tabelle mit den ausgeschlossenen GOPs und Diagnosen ist aus Gründen der Übersichtlichkeit bereits dem Indikatorenset vorangestellt (dort Tabelle 2). Es wurde im Abschlussbericht zusätzlich der Abschnitt 4.3 ergänzt.

Die aufgelisteten Diagnosen sind für dieses Verfahren nur dann ausgeschlossen, wenn ausschließlich eine der ausgeschlossenen Diagnosen codiert wurde. Liegt eine weitere Diagnose der Einschlussdiagnosen (Anhang B.2), für die eine Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung besteht, vor, sind auch diese Patientinnen und Patienten in das QS-Verfahren eingeschlossen.

Zwei Stellungnehmende äußerten sich explizit zu den Einschlusskriterien (OPK, S. 4; KBV, S. 4 f.). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass die eingeschlossenen Patientengruppen durchweg sinnvoll erschienen (OPK, S. 4). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darum gebeten, den Einschluss von Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis kritisch zu prüfen. Die Gründe hierfür seien, dass die Betroffenen zum einen künftig über das gesonderte QS-Verfahren „Schizophrenie“ adressiert werden würden und zum anderen trete absehbar die Richtlinie zur strukturierten und koordinierten Versorgung psychisch erkrankter Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf in Kraft, welche insbesondere chronische Erkrankungen adressiere. Es solle daher eine überbordende Bürokratie und die mehrfache Befragung der Betroffenen vermieden werden. Zudem müsse die Zuschreibbarkeit der Leistungserbringung für ein QS-Verfahren sichergestellt sein (KBV, S. 4 f.).

IQTIG: Das IQTIG empfiehlt, die genannten Patientengruppen zunächst weiter einzuschließen. Zum einen ist das QS Verfahren Schizophrenie noch nicht im Regelbetrieb implementiert, zum anderen wird durch dieses ausschließlich die

Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer F20.- oder F25.-Diagnose adressiert und nicht alle Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Sobald das QS-Verfahren Schizophrenie in den Regelbetrieb übergegangen ist, könnte jedoch im Rahmen der Systempflege ein Ausschluss der Diagnosen F20.- und F25.- erneut geprüft werden. Das IQTIG weist jedoch ausdrücklich darauf hin, dass das QS-Verfahren Schizophrenie den gesamten Versorgungsablauf über lange Zeit adressiert, während das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie auf die Durchführung der konkreten Intervention Psychotherapie im ambulanten Sektor zielt. Es gäbe also auch bei Beibehaltung des Einschlusses auf der Indikatorebene keine inhaltlichen Überschneidungen für die Patientinnen und Patienten mit einer F20.- bzw. F25.-Diagnose. Zudem sind die niedergelassenen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen nicht in das QS-Verfahren Schizophrenie als Leistungserbringer eingeschlossen. Also gäbe es auch auf Leistungserbringerebene keine Überschneidungen. Inwieweit dies auch auf z.B. ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zutrifft, sollte dann ggf. im Rahmen von perspektivischen Ausschlussüberlegungen geprüft werden.

Bezüglich der erwarteten neuen Richtlinie zur strukturierten und koordinierten Versorgung psychisch erkrankter Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf ist anzumerken, dass diese leider – anders als angekündigt – nicht zum 31. Dezember 2020 vorlag. Aus diesem Grund waren entsprechende Inhalte dem IQTIG nicht bekannt und konnten in der Entwicklung nicht berücksichtigt werden.

Sobald die genannte Richtlinie beschlossen und veröffentlicht ist, empfiehlt das IQTIG eine Prüfung hinsichtlich Implikationen für die QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie und Schizophrenie.

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde der Ausschluss bestimmter Diagnosen kritisch diskutiert (DPR, S. 1; BPtK, S. 30; OPK, S. 4). Durch eine stellungnahmeberechtigte Organisation wurde dafür plädiert, dass die patientenseitigen Ausschlüsse für demenzielle Erkrankungen, organisches amnestisches Syndrom und Delir ersatzlos gestrichen werden sollten. Es sei nicht nachvollziehbar, aus welchen Gründen diese Patientengruppen nicht in das QS-Verfahren eingeschlossen sein sollten und außerdem beinhalte der Bericht keine fachliche Begründung hierfür (BPtK, S. 30). Zudem plädierten drei stellungnahmeberechtigte Organisationen dringend dafür, die Erkrankungen innerhalb der F70-Gruppe in das QS-Verfahren einzuschließen (DPR, S. 1; BPtK, S. 30; OPK, S. 4). Der Ausschluss der Diagnosegruppen F0x (Demenzen) und F7x (Intelligenzminderungen) sei grundsätzlich nachvollziehbar, da die Hauptdiagnose nicht primär durch die Psychotherapie behandelt oder gebessert werden könne, allerdings könnten Verhaltensauffälligkeiten dennoch, beispielsweise mithilfe einer Verhaltensthera-

pie, günstig beeinflusst werden. Außerdem gebe es seit einigen Jahren gesundheitspolitische Bemühungen, die psychotherapeutische Versorgung für diese Betroffenen zu verbessern (DPR, S. 1). Auch der G-BA ergänzte die Psychotherapie-Richtlinie dahingehend, so dass zusätzliche Zeiteinheiten zulasten der GKV abgerechnet werden könnten. Zudem bestünde die Möglichkeit, Bezugspersonen in die Behandlung mit einzubeziehen (OPK, S. 4; DPR, S. 1).

IQTIG: Die in Anhang B.3 aufgelisteten Diagnosen sind für dieses Verfahren nur dann ausgeschlossen, wenn ausschließlich eine der ausgeschlossenen Diagnosen codiert wurde. Liegt eine weitere Diagnose der Einschlussdiagnosen (Anhang B.2), für die eine Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung besteht, vor, sind auch diese Patientinnen und Patienten in das QS-Verfahren eingeschlossen.

Im Abschlussbericht wird dies präzisiert.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde kritisch angemerkt, dass die Einführung des QS-Verfahrens für die rund 6.000 Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Nervenärztinnen/Nervenärzte bzw. Doppelfachärztinnen und Doppelfachärzte für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie (Fachgruppencodes 58 bzw. 51) nicht sinnvoll erscheine. Das QS-Verfahren betreffe ausschließlich Richtlinien-Psychotherapie, welches allerdings für diese Facharztgruppen nur ein Baustein des Gesamtbehandlungsplans ausmache. Der Gesamtbehandlungsplan beinhalte unter anderem sozialmedizinisch-rehabilitative Aspekte, Logopädie, Ergotherapie und zunehmend auch Hirnstimulationsverfahren. Eine Überarbeitung, im Sinne einer Nachbeauftragung sei daher dringend notwendig (BVDM-BVDP, S. 1 ff.).

Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass auf Seite 71 des Vorberichts die Psychiatrischen Institutsambulanzen nicht adressiert werden würden. Es müssten daher konsequenterweise auch die vertragsärztlichen Praxen für Psychiatrie und Psychotherapie nicht adressiert werden. Durch die Organisation wurde jedoch die Auffassung vertreten, dass Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, die ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch arbeiten, sehrwohl adressiert werden könnten (DGPPN, S.2).

IQTIG: Das zukünftige QS-Verfahren adressiert ausschließlich die Durchführung von Psychotherapie entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie. Aus den genannten Fachgruppencodes werden entsprechend nur die Leistungserbringer für das Verfahren QS-pflichtig, die diese Leistung auch tatsächlich nach Psychotherapie-Richtlinie durchführen und abrechnen. Dies trifft nur auf einen Teil dieser Leistungserbringergruppe zu. Im Rahmen bspw. einer Machbarkeitsprüfung müsste dies quantitativ konkretisiert werden.

Da, wie bereits angeführt, das zukünftige QS-Verfahren ausschließlich die Durchführung von Psychotherapie entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie adressiert, ist eine umfassende Betrachtung des Gesamtbehandlungsplans für die Zielsetzung dieses QS-Verfahrens nicht erforderlich.

Von mehreren Stellungnehmenden wurde der Ausschluss der Psychiatrischen Institutsambulanzen kritisch gesehen und damit die Einteilung der adressierten Leistungserbringer in der Übersichtstabelle 4 im Vorbericht hinterfragt (PatV, S. 5; DGPPN, S.2; BVDM-BVDP, S. 2 f.). Durch eine Organisation wurde dies damit begründet, dass die PIAs und Praxen der Fachgruppencodes 51 und 58 gemeinsam entweder als eingeschlossen oder als obsolet gelten müssten, da sie „[...] Patientinnen und Patienten mit vergleichbaren Erkrankungen und vergleichbarem Schweregrad sowie in vergleichbarer Anzahl psychiatrisch-psychotherapeutisch“ behandeln würden. Eine andere Einschätzung gelte für Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, da diese hauptsächlich psychotherapeutisch tätig seien (BVDM-BVDP, S. 2 f.).

IQTIG: Das zukünftige QS-Verfahren adressiert ausschließlich die Durchführung von Psychotherapie entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie.

Entsprechend §1 der Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V erfüllen PIAs „einen spezifischen Versorgungsauftrag für psychisch Kranke, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines solchen besonderen, krankenhaushaften Versorgungsangebotes bedürfen. Das Angebot der Psychiatrischen Institutsambulanzen richtet sich an Kranke, die von anderen vertragsärztlichen Versorgungsangeboten, insbesondere von niedergelassenen Vertragsärzten und Psychotherapeuten sowie Medizinischen Versorgungszentren, nur unzureichend erreicht werden.“

Gemäß §6 dieser Vereinbarung „[entspricht] die ausschließliche psychotherapeutische Behandlung mit Leistungen im Sinne der Kurz- und Langzeittherapie der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) [...] nicht den Anforderungen dieser Vereinbarung.“ Des Weiteren können nach §8 „[d]ie Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen in der Institutsambulanz nach § 118 Absatz 3 SGB V [...] nur von einem Facharzt mit abgeschlossener Weiterbildung in Psychosomatischer Medizin und Psychotherapie getroffen werden.“

Zusätzlich wurde ein eigener bundeseinheitlicher Katalog zur Dokumentation der PIA-Leistungen auf Basis des GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) in § 295 Abs. 1b SGB V festgelegt. Es existieren zudem spezifische Vergütungsvereinbarungen für Psychiatrische Institutsambulanzen.

Die psychotherapeutischen Leistungen in PIA unterscheiden sich in vielfältiger Hinsicht von der psychotherapeutischen Versorgung in der Niederlassung bzw.

in MVZ. Sie sind daher nicht in dieses QS-Verfahren einzuschließen. Im Abschlussbericht wird eine Erläuterung hierzu ergänzt.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation sowie einem Mitglied des Expertengremiums wurde der Ausschluss der Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten sowie von Minderjährigen kritisiert (SM BWL, S. 1 f.; STN Expertin/Experte). Es sei nicht nachvollziehbar, warum Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten nicht in das QS-Verfahren eingehen würden, wenn ihre Patientinnen und Patienten das 18. Lebensjahr vollendet haben. Wenn diese eine Therapeutin bzw. einen Therapeuten der Erwachsenenpsychotherapie aufsuchen würden, unterlägen sie anderen Formalien (STN Expertin/Experte). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass laut der Beauftragung des G-BA Patientinnen und Patienten ausgeschlossen werden würden, die noch nicht volljährig seien. Dies sei bezüglich der Patientenbefragung nachvollziehbar, allerdings nicht für die QS-Dokumentation bei den Leistungserbringern (SM BWL, S. 1 f.).

Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde zudem angemerkt, dass eine grundsätzliche Gleichbehandlung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten über die unterschiedlichen Versorgungsbereiche angestrebt und unterstützt werde. Die in der Stellungnahme aufgeführten Punkte sollten dringend bei der Entwicklung eines QS-Verfahrens für die ambulante Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen berücksichtigt werden, vor allem sollten hier die F70-Diagnosen eingeschlossen und eine bessere Zusammenarbeit zwischen der Entwicklung der Patientenbefragung und der QS-Dokumentation angestrebt werden (OPK, S. 4 f.).

IQTIG: Beauftragungsgemäß sind in das QS-Verfahren keine Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten eingeschlossen, da sich dieses Verfahren nur auf die Versorgung volljähriger Patientinnen und Patienten i.S.d. „Erwachsenen-Psychotherapie“ bezieht.

Therapien von Kindern und Jugendlichen unterscheiden sich von denen der Erwachsenen unter anderem hinsichtlich der beteiligten Akteurinnen und Akteure (wie Eltern, Jugendhilfe, Schule), der Diagnostik und teilweise den Therapiezielen. Sie stellt u. a. auch erweiterte Anforderungen an die Kooperation, aufgrund der häufig notwendigen Zusammenarbeit mit Institutionen außerhalb der Familie, z. B. mit der Schule, dem Jugendamt oder der Familienhilfe. Ergänzende Versorgungsziele der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sind bspw. die Prävention psychischer Erkrankungen im Erwachsenenalter bzw. das Vermeiden von Chronifizierungen bis ins Erwachsenenalter hinein sowie das Vermeiden von Entwicklungsstörungen bzw. das Erlangen der Fähigkeit, wichtige Entwicklungsstufen zu bewältigen. Für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wäre ein separates Qualitätsmodell als Grundlage einer

Indikatorenentwicklung zu entwickeln. Die Qualität der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen und die von Erwachsenen kann daher nicht in einem gemeinsamen Verfahren bewertet werden.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde gebeten, den Datenpool und die Sozialdaten liefernde Krankenkasse kurz zu beschreiben, um die Ergebnisse des Hochrechnungsmodells besser einordnen zu können. Grundsätzlich wird die Vorgehensweise, reale Daten aus der Versorgung zu betrachten, begrüßt (KBV, S. 6).

IQTIG: Die hier angesprochene Sozialdatenanalyse erfolgte bereits im Rahmen der Konzeptstudie. Umfassende Ausführungen zum Datenpool und zur Datenanalyse finden sich in Kapitel 3.4 des Zwischenberichts zum entwickelten Qualitätsmodell vom 28. Februar 2019.

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde angemerkt, dass das IQTIG von einer zu geringen Zahl von ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ausgehe (KBV, S. 3; DGPPN, S. 6). Statt der vom IQTIG angegebenen 6.219 Leistungserbringer liege die Zahl (Stand 31.12.2019) bei 11.916. Möglicherweise gingen in die Kalkulation des IQTIG Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie nicht ein (KBV, S. 3). Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde darauf hingewiesen, dass die angegebene Anzahl an ca. 28.000 ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nicht mehr aktuell sei (KBV, S. 4 f.; DGPPN, S. 3; DGPM, S. 3; BPM, S. 3). Laut der KBV Statistik „stehen für die Versorgung 35.872 ärztliche (6.141) und Psychologische (29.731) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Verfügung.“ Seit Ende 2019 seien noch weitere 800 Sitze aufgrund der Reform zur Bedarfsplanung in Planung (KBV, S. 4 f.). Von anderen Stellungnehmenden wurde angemerkt, dass die Anzahl an ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, laut der KBV (Stand 31.12.2019), bei 11.916 liege. Es wurde vermutet, dass die Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie nicht eingerechnet wurden (DGPPN, S. 3; DGPM, S. 3; BPM, S. 3).

IQTIG: Das IQTIG dankt für die Hinweise. Das IQTIG wird die Zahlen für den Abschlussbericht prüfen und aktualisieren bzw. wird nach Prüfung der genannten Tabellen und des zugehörigen Textes diese korrigieren.

4 Qualitätsindikatorenset

In einer Stellungnahme wurde erklärt, dass das vom IQTIG erarbeitete QS-Verfahren inhaltlich nachhaltig, sachgerecht, transparent und nachvollziehbar sei und keine inhaltlichen Nachträge erfordere (RKI, S. 1). Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde angeführt, dass das mit dem Expertengremium konsentierende Indikatorenset mitgetragen werde (PatV, S. 14) und der Einbezug der Patientenperspektive begrüßenswert sei (SM BWL, S. 1).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde auf die Besonderheiten und Herausforderungen dieses QS-Verfahrens im Vergleich zu bereits etablierten QS-Verfahren hingewiesen (GKV-SV, S. 5, 10). Von mehreren Mitgliedern des Expertengremiums wurde angemerkt, dass das IQTIG mit einem großen und anerkennenswerten Aufwand ein QS-Verfahren entwickelt habe, das den gesetzgeberischen Auftrag umsetze, dabei die Besonderheiten und Vielfalt der Psychotherapie und die fachliche Einschätzung des Expertengremiums berücksichtige (STN Expertin/Experte). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde die Forderung des Gesetzgebers, geeignete Indikatoren zur Beurteilung der Struktur- und Prozessqualität festzulegen, begrüßt (PatV, S. 6). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass „[...] das IQTIG die zufriedenstellende Erfüllung der selbst gestellten Forderungen (S. 20 Vorbericht) wohl begründet darlegt“ (DGPT, S. 8).

Durch zwei Mitglieder des Expertengremiums wurde anerkannt, dass das IQTIG gemeinsam mit dem Expertengremium mit viel Aufwand, Sorgfalt und auf weitestgehend transparente Weise Ergebnisse erarbeitet habe, die der Logik der Qualitätssicherung und den Anforderungen der Psychotherapie entsprechen. Das Indikatorenset sei gelungen, zukunftsweisend und „eine wertvolle Orientierungshilfe zur Qualitätssicherung“ für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (STN Expertin/Experte).

Von einem Mitglied des Expertengremiums wurde dagegen kritisiert, es sei nicht in ausreichendem Maße gelungen, die „psychotherapeutische Behandlungslogik“ mit dem QS-Verfahren abzubilden. Einerseits liege dies in den gesetzlichen Rahmenbedingungen, andererseits im Vorgehen des IQTIG begründet. So seien wichtige Wirkfaktoren aus der Psychotherapieforschung unberücksichtigt und die Indikatoren nicht entsprechend ihres Einflusses auf das Behandlungsergebnis gewichtet (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Ausführungen, weshalb im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung wichtige Wirkfaktoren der Psychotherapie (wie z.B. die therapeutische Beziehung) nicht berücksichtigt sind, finden sich im Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell des IQTIG sowie in der Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren des AQUA-Instituts.

Eine Gewichtung der Indikatoren entsprechend ihres Einflusses auf das Behandlungsergebnis ist methodisch nicht vorgesehen.

In zwei Stellungnahmen wurde beschrieben, die Entwicklung von Indikatoren zur Prozessqualität sei begrüßenswert und deren Auswahl erscheine angemessen (DKPM, S. 2; BPM, S. 2). Laut einer Stellungnahme sei mit den sehr plausibel gestalteten Prozessindikatoren des geplanten Verfahrens und dem damit einsetzenden Vorgehen der Weg in eine vertrauensvolle, der guten psychotherapeutischen Versorgung dienlichen QS geebnet (SG/DGSF, S. 1). Auch sei das überschaubare, den Therapieverlauf abbildende Indikatorenset widerspruchsfrei in bestehende QM-Strukturen integrierbar (SG/DGSF, S. 1; DPR, S. 1) und weise eine hohe Fokussierung auf, was begrüßenswert sei (KBV, S. 3). Auch seien die Qualitätsziele der Indikatoren gut nachvollziehbar (GKV-SV, S. 6). Es wurde angemerkt dass, die entwickelten Indikatoren zielführend (DGPM, S. 3) und vor dem Hintergrund der Beauftragung schlüssig (SM BWL, S. 1) seien.

IQTIG: Das IQTIG prüft für den Abschlussbericht die Möglichkeit einer Optimierung der Darstellung.

Durch eine stellungnahmeberechtigte Organisation wurde zudem angemerkt, dass die einzelnen Indikatoren in ihrer Bedeutung für die QS nicht gleichrangig sein könnten, da sie in unterschiedlichem Maße auf den einzelnen Wissenquellen basierten. Aufgründessen könnte das Indikatorenset nur in seiner Gesamtheit weiter betrachtet und erprobt werden (OPK, S. 10).

Laut einer Stellungnahme nehme das IQTIG fälschlicherweise an, dass die Gesamtheit der Qualitätsindikatoren für alle „Versorgungskonstellationen“ in gleichem Maße nutzbar sei. Es sei erwartbar, dass diese Limitation und dadurch entstehende methodische Erfordernisse, wie Untergruppenbildung, durch das IQTIG berücksichtigt und dargelegt werden (BÄK, S. 18).

IQTIG: Die Indikatoren des QS-Verfahrens wurden beauftragungsgemäß verfahrens- und diagnoseunabhängig entwickelt. Das IQTIG stimmt zu, dass perspektivisch im Rahmen der Weiterentwicklung geprüft werden könnte, ob bestimmte „Versorgungskonstellationen“ definiert werden können, für die ggf. beispielsweise zusätzliche Indikatoren entwickelt werden könnten.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation werde eine klare abschließende Einschätzung bezüglich der Systemischen Therapie erwartet. Im Vorbericht sei darauf hingewiesen worden, dass diese zum Zeitpunkt der Beauftragung noch nicht als Richtlinien-Psychotherapieverfahren anerkannt war und die Übertragbarkeit der Entwicklungsergebnisse daher nur eingeschränkt geprüft werden konnten (KBV, S. 4).

IQTIG: Da die Systemische Therapie als viertes Richtlinien-Psychotherapieverfahren im November 2018 in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen wurde, wurde die Ausschreibung auf Expertinnen und Experten dieses Therapieverfahrens erweitert und gezielt an die entsprechenden Berufsverbände und Organisationen weitergeleitet. Mit Frau Dr. Borst konnte die Vorsitzende der Systemischen Gesellschaft und Leiterin des Ausbildungsinstitutes für systemische Therapie und Beratung in Meilen / Zürich und mit Frau Dr. Gemeinhardt eine weitere ausgewiesene systemische Therapeutin gewonnen werden. Zudem wurden die mit dem Expertengremium zu prüfenden und zu diskutierenden Kriterien um eine Einschätzung hinsichtlich der Anwendbarkeit auf die Systemische Therapie ergänzt.

Zum Vorbericht ist entsprechend auch eine Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für systemische Therapie, Beratung und Familientherapie sowie der systemischen Gesellschaft eingegangen.

Das IQTIG empfiehlt die Indikatoren auch für die Systemische Therapie. Diese Einschätzung wird in der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für systemische Therapie, Beratung und Familientherapie sowie der Systemischen Gesellschaft geteilt. Das IQTIG wird im Abschlussbericht eine entsprechende Formulierung ergänzen.

Von zwei stellungnehmenden Mitgliedern des Expertengremiums wurde darauf hingewiesen, dass es Überschneidungen zwischen dem Indikatorenset und den veröffentlichten Empfehlungen zur Basis- und Verlaufsdokumentation gebe, weshalb eine Abstimmung der beteiligten Akteurinnen und Akteure wünschenswert gewesen sei (STN Expertin/Experte). Durch eine stellungnahmeberechtigte Organisation wurde empfohlen, den QS-Dokumentationsbogen direkt mit der veröffentlichten Basisdokumentationsempfehlung zu vergleichen, statt lediglich zu konstatieren, dass diese nicht in einem Widerspruch zueinander stehen (BÄK, S. 8).

IQTIG: Das IQTIG nimmt die Anmerkungen zur Kenntnis.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde kritisiert, dass mit den Indikatoren nicht der Dokumentation des Therapieprozesses gedient, sondern standardisiert und inhaltlich in diesen eingegriffen werde und dessen Qualität anhand dieser Indikatoren nicht in angemessener Weise zu erfassen sei (DGPT, S. 2).

Auch durch ein Mitglied des Expertengremiums wurde angemerkt, dass das QS-Verfahren eine teilweise Standardisierung des Behandlungsprozesses bedeute und damit die therapeutische Beziehung beeinträchtige und das therapeutische Handeln einschränke. Dies könnte sich negativ auf die individuelle Behandlung der Patientinnen und Patienten auswirken (STN Expertin/Experte).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dem methodischen Vorgehen bei der Indikatorenentwicklung fehlten Kriterien zur Bestimmung der Möglichkeit einer Verantwortungszuschreibung von QS-Ergebnissen zum Leistungserbringer (GKV-SV, S. 12). Laut einer anderen Stellungnahme seien bei Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen die vom IQTIG beschriebene Verantwortungszuschreibung und Beeinflussbarkeit vom Leistungserbringer fraglich (BÄK, S. 17 f.).

IQTIG: Das IQTIG stimmt zu, dass dies komplexe und derzeit ungeklärte Herausforderungen bezüglich der Abbildbarkeit von Ergebnisqualität im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung sind. Die entwickelten Indikatoren adressieren jedoch und auch aus diesem Grund ausschließlich die Prozessqualität.

In einer Stellungnahme wurde kritisiert, dass lediglich nach der Erfüllung der Indikatoren gefragt werde, jedoch keine Vorgaben dazu gemacht werden, nach welchen Kriterien diese Erfüllung zu gelten habe (DGPSF, S. 1).

IQTIG: Die Vorgaben zur Erfüllung der Indikatoren ergeben sich aus den Datenfeldern und den entsprechenden Rechenregeln.

Durch eine stellungnehmende Person wurde kritisiert, dass das Indikatorenset zu sehr an einem „biomedizinischen Krankheitsmodell“ ausgerichtet und dementsprechend zu symptomfokussiert sei. Darüber hinaus würden die Schlüsselprozesse der Psychotherapie durch die Indikatoren nicht abgebildet (STN Expertin/Experte). In einer anderen Stellungnahme wurde die Kritik angebracht, die Indikatorenentwicklung habe sich vorrangig an den Grundsätzen der Verhaltenstherapie orientiert. Dieser Eindruck werde dadurch verstärkt, dass im Abkürzungsverzeichnis [des Indikatorensets] lediglich „VT“ und „CBT“ aufgeführt seien, die anderen Verfahren jedoch nicht (DGPT, S. 3).

IQTIG: Das IQTIG kann eine Symptomfokussierung des Verfahrens anhand der vorgeschlagenen Indikatoren und der konkreten Operationalisierung nicht erkennen. Lediglich ein einziges Datenfeld in einem Indikator adressiert die Symptomatik.

Ausführungen, warum im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung wichtige Wirkfaktoren der Psychotherapie (wie z.B. die therapeutische Beziehung) nicht berücksichtigt sind, finden sich im Zwischenbericht zum entwickelten

Qualitätsmodell sowie in der Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren des AQUA-Instituts.

Bei den genannten Abkürzungen im Verzeichnis handelt es lediglich um einen redaktionellen Fehler, der korrigiert wird. Inhaltliche Aussagen die Entwicklung des QS-Verfahrens betreffend sind aus einem Abkürzungsverzeichnis nicht ableitbar.

In mehreren Stellungnahmen wurde sich zur Ausgestaltung des Indikatorensets mit seinen Datenfeldern geäußert.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde kritisiert, dass der Datensatz, auch verglichen mit der bestehenden QS des G-BA, wenig „anwenderfreundlich“ sei, was insbesondere bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne bisherige Erfahrung mit einer standardisierten Dokumentation von Relevanz sei. Teilweise sei die Gesamtheit der Datenfelder inhaltlich widersprüchlich und inkonsistent, weshalb eine detaillierte Überarbeitung wünschenswert sei. Aufgrund sehr umfangreicher und sich ähnelnder Formulierungen bestehe das Risiko unbeabsichtigter Fehler bei der Dokumentation. Ebenfalls das in der QS bislang unübliche Gendern in den Datenfeldern trage zu einer erschwerten Lesbarkeit bei. Zwischenüberschriften, durch die sich auch die Datenfeldtexte verkürzen ließen, könnten den Bogen übersichtlicher erscheinen lassen. (BÄK, S. 6 f., S. 18 und S. 19).

Zudem erscheine es nicht sinnvoll, viele Items und deren Dokumentation einzeln abzufragen (STN Expertin/Experte). Dies wurde ebenfalls durch eine der stellungnahmeberechtigten Organisationen angemerkt (GKV-SV, S. 13). Zudem erscheine es nicht sinnvoll, das Gutachterverfahren durch solch ein umfangreiches Instrument zu ersetzen. Vor allem für Kurzzeittherapien erscheine der Dokumentationsaufwand nicht verhältnismäßig. Zugunsten der „Datensparsamkeit, Akzeptanz und Verstehbarkeit“ sei eine Verdichtung der Datenfelder wünschenswert (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Die Datenfelder wurden umfänglich auf Inkonsistenzen bzgl. Inhalt oder Formulierung geprüft und optimiert sowie der Dokumentationsbogen bspw. durch das Einfügen von Zwischenüberschriften nutzerfreundlicher gestaltet.

In zwei Stellungnahmen wurde die Formulierung „in möglichst vielen Fällen“ bei einem Referenzbereich von 90 %, und „in möglichst allen Fällen“ bei einem Referenzbereich von 95 % in Frage gestellt. Es sei ungewöhnlich eine Differenz von nur 5 % zwischen der Operationalisierung von „viele“ und „alle“ zu bestimmen. Im Vorbericht werde die Entscheidungsgrundlage der Qualitätsziele und Referenzbereiche nicht deutlich (BPtK, S. 5; BÄK, S. 10).

IQTIG: Das IQTIG ergänzt im Abschlussbericht entsprechende Informationen.

In einer Stellungnahme wurde erbeten, dass es ermöglicht werden sollte anzugeben, „dass ein QS Indikator störungsbedingt nicht erfüllt werden kann“, um einer „Risikoselektion“ entgegen zu wirken (DGPPN, S. 5). In einer anderen Stellungnahme wurde gefordert, eine Antwortoption „nicht möglich“ oder „nicht zutreffend“ zu ergänzen, um die Beantwortung für Fälle von Therapieabbruch und schwer Erkrankte zu verkürzen (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Die Indikatoren des QS-Verfahrens wurden beauftragungsgemäß verfahrens- und diagnoseunabhängig entwickelt. Das IQTIG stimmt zu, dass perspektivisch im Rahmen der Weiterentwicklung geprüft werden sollte, ob Fallgruppen definiert werden können, für die ggf. ein Ausschluss aus bestimmten Indikatoren erwogen werden sollte.

Für einige Indikatoren wurde nach Prüfung ein Datenfeld zum Therapieabbruch ergänzt und die Rechenregel entsprechend angepasst.

Laut einer Stellungnahme hätten die bereits etablierten QS-Maßnahmen im psychotherapeutischen Bereich (Super- und Intervention) bei der Entwicklung des QS-Verfahrens keine Beachtung gefunden. Dies sei nicht nachvollziehbar, da es beispielsweise im QS-Verfahren Schizophrenie vergleichbare Indikatoren gebe (Fallkonferenz, Arbeitsanweisung, Fortbildung) und die Frage nach Super-/Intervention auch fallbezogen erfolgen könnte (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Bei den angesprochenen Maßnahmen handelt es sich um Aspekte der Strukturqualität. Für diese sollten beauftragungsgemäß explizit keine Indikatoren entwickelt werden. Für den Fall einer Anschlussbeauftragung, die auf Strukturqualität zielt, wird das IQTIG den Hinweis beachten.

Laut einer Stellungnahme bedeute die verpflichtende Dokumentation der psychotherapeutischen Prozesse während des gesamten Behandlungsverlaufs einen Eingriff in die Versorgung. Durch die QS würde die noch nicht etablierte Dokumentation zum Standard erhoben werden. Es bestehe die Gefahr, dass das als bürokratische Belastung empfunden werden könnte, was die Akzeptanz der psychotherapeutischen Leistungserbringer gegenüber der digitalen Dokumentation schmälern wird (BÄK, S. 8).

IQTIG: Entsprechend § 38 der Psychotherapie-Richtlinie besteht schon zum jetzigen Zeitpunkt eine Verpflichtung zur schriftlichen Dokumentation. Sowohl die Einführung einer standardisierten Dokumentation als auch die Etablierung eines QS-Verfahrens sind gesetzliche Forderungen aus dem SGB V. Das IQTIG schätzt es als zielführend ein, bei der konkreten Umsetzung und Implementierung zu prüfen, welche sinnvollen Synergieeffekte genutzt werden können.

4.1 Qualitätsaspekt „Diagnostik“

4.1.1 Qualitätsindikator „Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung von behandlungsrelevanten Dimensionen“

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde darauf hingewiesen, dass es sich bei den Qualitätsanforderungen für den Indikator um Minimalstandards handle und sich die Items vollumfänglich mit den Fragen im Rahmen des Gutachterverfahrens decken bzw. komplett mit den Empfehlungen der BPTK übereinstimmen würden (BPTK, S. 10 f.; OPK, S. 5; DGPT, S. 4, GKV-SV, S.7). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurden daher keine Bedenken bzgl. der abgefragten Items gesehen (OPK, S. 5). Da die Diagnostik ein Standard sei, wurde darauf hingewiesen, dass dieser nicht auf „möglichst alle“, sondern „alle“ Patientinnen und Patienten zutreffen solle. Die wenigen Ausnahmen wären vom Referenzbereich abgedeckt. Allerdings wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation angemerkt, dass es aus methodischer Sicht kritisch zu hinterfragen sei, wie hoch die Validität der Antworten werde. Daher wurde hinterfragt, ob diese generischen prozessbezogenen Selbstauskünfte fallbezogen dokumentiert werden müssen, oder nicht mit vergleichbarer Validität in jährlichen Einrichtungsbefragungen erhoben werden können. Allerdings sei bereits bei einer einrichtungsbezogenen Leistungserbringerdokumentation die Berechnung des Indikators auf Basis von 13 Datenfeldern unter Aufwand-Nutzen-Gesichtspunkten sowie der stark ausdifferenzierten Abfrage etablierter Standards der psychotherapeutischen Diagnostik mit einem Ja/Nein-Antwortschema nicht vertretbar. Es würde sich um ein sehr aufwendiges Reminder-System für einen Bereich handeln, für den relevante Qualitätsdefizite nicht belegt seien. Würde dieser Indikator fallbezogen erhoben werden, würde daraus ein enormer Dokumentationsaufwand entstehen, obwohl das Verbesserungspotenzial hier fraglich sei (BPTK, S. 11). Zusätzlich wurde die Frage aufgeworfen, mit welchem Ergebnis das IQTIG hier rechne, welches sinnvoll für die fallbezogene Qualitätssicherung genutzt werden könnte. Es wurde außerdem dazu geraten, die Dokumentation und nicht nur die Abklärung mit einer Frage zu erfassen (GKV-SV, S. 13 f.). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass der Indikator erst erprobt und evaluiert werden solle. Zudem eigne sich der Indikator nicht zur Qualitätssicherung, sondern für das interne Qualitätsmanagement der Einrichtung (KBV, S. 8).

IQTIG: Entscheidend ist der konkrete Aufwand beim Leistungserbringer. Für dieses QS-Verfahren sind die Datenfelder von neun Indikatoren prozessbegleitend über den gesamten Behandlungszeitraum bei gleichzeitig im Durchschnitt eher niedrigen Fallzahlen pro Leistungserbringer zu dokumentieren. Das IQTIG hat die Filterführung überarbeitet, um den Aufwand weiter zu reduzieren.

Derzeit ist es nicht möglich, zu quantifizieren, wie viele Leistungserbringer statistisch oder qualitativ auffällig werden würden. Dies ist erst nach einer Erprobungsphase zu erwarten. Wird ein Deckeneffekt beobachtet kann im Rahmen der Verfahrenspflege über eine Aussetzung des Indikators beraten werden. Die empfohlenen Indikatoren bzw. die Indikatorenergebnisse können perspektivisch zusätzlich für das interne Qualitätsmanagement genutzt werden.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass es in der Ableitung des Indikators nachvollziehbar sei, dass Patientinnen und Patienten ihre Diagnostik als unzureichend empfänden. Ob diese allerdings fehlerhaft seien, entziehe sich deren Beurteilung. Zudem erscheine der Begriff „garantierter Standard“ unangemessen im Kontext der Psychotherapie (BÄK, S. 9).

IQTIG: Der Indikator zielt gerade auf den inhaltlichen Mindestumfang des diagnostischen Gesprächs, nicht auf eine Fehlerhaftigkeit bei einzelnen diagnostischen Schritten.

Der Begriff „garantierter Standard“ wurde durch eine neue Formulierung ersetzt.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde vorgeschlagen, einen Filter in der Spezifikation für „chronifizierter Verlauf“ hinzuzufügen, da bei Patientinnen und Patienten mit einer langen psychiatrischen oder einer chronischen Laufbahn eine Diagnostik nicht mehr indiziert wäre, wenn der Fokus der Therapie auf Erhaltung läge oder die Patienten-Therapeut-Beziehung schon lange besteht. Dadurch sollten alle Diagnostikfelder (auch der Indikator 43xx18) fakultativ und nicht obligatorisch sein. Zudem wurde von der stellungnahmeberechtigten Organisation angemerkt, dass Patientinnen und Patienten nach einer Rehabilitation oder einem stationären Aufenthalt bereits eine ausführliche Diagnostik gehabt hätten und weitere Untersuchungen zu Beginn der Therapie unnötig wären. Daher wurde vorgeschlagen, diesbezüglich ein weiteres Datenfeld aufzunehmen (KBV, S. 8).

IQTIG: Hier In der Konstellation, dass ein Patient / eine Patientin über einen sehr langen Zeitraum (von vielen Jahren) ohne formale Unterbrechung bei einem Leistungserbringer behandelt wird, würde dieser Fall nur einmal QS-pflichtig mit Beendigung der Therapie werde und auch die Datenfelder des Indikators bzw. die Diagnostik nur einmal anfallen. Wird bei demselben Leistungserbringer nach Behandlungspause erneut eine Therapie begonnen, ist auch ein diagnostisches Gespräch durchzuführen.

Folgender Ausfüllhinweis wurde für diesen Indikator ergänzt:

Es können hier auch Ergebnisse aus der Diagnostik, die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik oder einer vorangegangenen

Akutbehandlung beim selben Leistungserbringer. Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass die Erfassung der Lebensqualität keinen allgemeinen diagnostischen Standard für alle Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung darstelle, da beispielsweise für eine valide Erfassung des multidimensionalen Konstrukts entsprechende validierte Fragebögen Voraussetzung sein würden. Drei Leitlinien empfehlen die Erhebung der Lebensqualität, nur eine davon explizit zu Beginn der Behandlung. Trotzdem wurde diese Empfehlung durch das Datenfeld 19 aufgegriffen. Es sei nicht sachgerecht, dass die Datenfelder 12 bis 24, auch die Lebensqualität, mit einer UND-Verknüpfung operationalisiert wurden. Dies würde einem diagnose- und verfahrensübergreifenden QS-Verfahren nicht gerecht werden und einen unbegründeten Eingriff in den diagnostischen Prozess zur Folge haben (BPtK, S. 9 ff.).

IQTIG: Für diesen Indikator bzw. das erwähnte Datenfeld ist nicht die Messung von Lebensqualität mittels standardisierter Messinstrumente zur Erfassung von Lebensqualität gefordert, sondern das Thematisieren im Rahmen der Diagnostik hinsichtlich möglicher Einschränkungen dieser.

Von einer Stellungnehmenden aus dem Expertengremium wurde darauf auf ein Missverständnis bezüglich des Datenfeldes zur verfahrensspezifischen Diagnostik hingewiesen. Es ginge nicht darum, die genannten Dimensionen mit dem Datenfeld zu ergänzen, sondern das gesamte diagnostische Vorgehen sei verfahrensspezifisch. Dies bedeute, dass alle Informationen ihre Bedeutung nur vor dem Hintergrund des verfahrensspezifischen Theoriemodells und Krankheitsverständnisses erhalten würden. Daher solle das Datenfeld 24 gestrichen werden (STN Expertin/Experte). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass die Rechenregel besage, dass eine verfahrensspezifische Diagnostik durchgeführt werden muss, obwohl die Diskussion aus dem Expertengremium darauf verwiesen habe, dass die Möglichkeit hierfür unbedingt erhalten bleiben müsse (Vorbericht S. 86). Falls die Rechenregel trotzdem so beabsichtigt war, dann müsse dies begründet werden (BÄK, S. 9 f.).

IQTIG: Das Datenfeld zur ergänzenden verfahrensspezifischen Diagnostik zielt darauf ab, dass entsprechend des zur Anwendung kommenden Therapieverfahrens spezifische diagnostische Elemente ergänzt werden, die durch die aufgeführten behandlungsrelevanten Dimensionen nicht abgedeckt sind.

Die Bezeichnung „in der Anfangsphase“ wurde teilweise kontrovers in den Stellungnahmen diskutiert. Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass bei dem Indikator die Festlegung fehle, wann die Anfangsphase beginnt und endet und somit die Anforderung mit der Dokumentation erfüllt werden müsse (GKV-SV, S. 13 f.). Von einer Stellungnehmenden des Expertengremiums wurde hingegen positiv angemerkt, dass die Anfangsphase und die Abschlussphase der Eingangsdiagnostik patientenindividuell festgelegt und dokumentiert werden sollten (STN Expertin/Experte).

Von zwei anderen stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde zudem als positiv erachtet, dass es den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten grundsätzlich selbst überlassen sei, wann genau sie das diagnostische Gespräch führen würden (KBV, S. 8; SG/DGSF, S. 2). Dies sei bereits in der Sprechstunde oder Probatorik möglich und könne den anschließenden therapeutischen Prozess entlasten (KBV, S. 8). Diese Standards seien auch für Systemische Therapeutinnen und Therapeuten erfüllbar (SG/DGSF, S. 2).

IQTIG: Eine konkrete Vorgabe, welche oder wie viele Termine zur Anfangsphase zu zählen sind bzw. für die Diagnostik zur Verfügung stehen, beurteilt das IQTIG als nicht sachgerecht. Dies würde nachteilig in den therapeutischen Prozess eingreifen. Zeitpunkt und Zeitspanne können gerade abhängig von der Diagnose/ dem Störungsbild, der konkreten Problemkonstellation sowie hinsichtlich anderer komplexer patientenindividueller Besonderheiten erheblich voneinander abweichen.

Es wird nochmal darauf hingewiesen, dass sich die Anfangsphase sowie der diagnostische Prozess im Sinne dieses Indikators auch auf die Sprechstunde oder Probatorik bezieht.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass eine zwingende Erfassung von Substanzmissbrauch und Suizidalität zu Behandlungsbeginn kritisch wäre, da die Themen hochsensibel seien. Der Leistungserbringer müsse daher selbst entscheiden können, ob und wann dies angesprochen werde. Der richtige Zeitpunkt müsse nicht unbedingt in der Anfangsphase sein (KBV, S. 7).

IQTIG: Bezüglich dieser Datenfelder ist nicht eine sofortige umfassende Erörterung dieser Themen gemeint. In der Anfangsphase ist aber zwingend abzuklären, ob dies für den jeweiligen Behandlungsfall relevante, in der Behandlungsplanung zu berücksichtigende oder sogar akut interventionsbedürftige Themen sind.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde vorgeschlagen, explizit und routinemäßig nach belastenden Lebensereignissen in der Eingangsdiagnostik zu fragen, da wissenschaftlich belegt sei, dass diese sowohl zur Chronifizierung komorbider Störungen als auch bei Nichtbeachtung zu weniger erfolgreichen Psychotherapien führen würden. Dies könne entweder in Form einer Ergänzung des Datenfeldes 13 „Wurde im Rahmen der Diagnostik in der Anfangsphase der Behandlung die biografische Anamnese einschließlich belastender oder traumatischer Lebensereignisse erfasst?“ erfolgen oder als ein zusätzliches Datenfeld, welches auf das Datenfeld 13 folgen könnte: „Ist eine Erhebung von belastenden oder traumatischen Lebensereignissen erfolgt?“ (ja/nein) (DeGPT, S. 4 f.).

IQTIG: Ein zusätzliches Datenfeld ist nicht erforderlich. Belastende oder traumatische Lebensereignisse sind unter „biografische Anamnese“ subsumiert.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass die Erfassung der 13 Items eine konkrete Abfragenotwendigkeit suggeriere, die auch anders erfolgen könne und dies daher klargestellt werden müsse (DGPT, S. 4). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde erläuternd dargestellt, dass für die Erfassung der Dimensionen nicht zwingend explizit mit der Patientin bzw. dem Patienten darüber gesprochen werden müsse, sondern dies auch mit einem „diagnostischen Blick“ erfassbar wäre. Oft lasse sich auch durch Begleitumstände erschließen, dass bestimmte Aspekte in der Diagnostik keine Relevanz hätten. Diese diagnostische Kompetenz müsse auch der ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten-schaft zugestanden werden und es läge in ihrer Therapiehoheit, was im individuellen Fall relevant sei und was weiter thematisiert werden sollte. Zudem sei fraglich, ob für alle Patientinnen und Patienten jede genannte Dimension in der Therapie in allen drei Phasen erfasst werden müssen (KBV, S. 3, 4, 7).

IQTIG: Auf welche konkrete Weise und in welchem Umfang die jeweiligen behandlungsrelevanten Dimensionen erfasst werden, wird durch den Indikator nicht vorgegeben. Die genannten Dimensionen sind für die Diagnostik zu thematisieren, in den späteren Phasen der Behandlung (im Rahmen der Verlaufsbeobachtung) sind nur noch die für den individuellen Behandlungsfall auch relevanten Dimensionen zu betrachten.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, entgegen der Einschätzung des IQTIG, dass es mehrere Abrechnungsziffern gäbe (GOP 35151, GOP 35150, GOP 35141), mit denen anhand von Sozialdaten der tatsächliche Umfang der diagnostischen Gesprächsleistungen und systematischer Erhebung diagnostischer Informationen vor Beginn einer RichtlinienPsychotherapie ermittelt werden könne (BPtK, S. 7 f.).

IQTIG: Den derzeit verfügbaren Abrechnungsziffern wäre insbesondere die Anzahl von Behandlungsterminen, in denen üblicherweise die Diagnostik im Vordergrund steht, entnehmbar. Die konkreten Inhalte der diagnostischen Gespräche i.S.d. empfohlenen Indikators lassen sich durch diese nur in sehr geringen Umfang abbilden.

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

Der Einsatz standardisierter Testverfahren wurde in den Stellungnahmen erwartungsgemäß kontrovers diskutiert. Mehrere Stellungnahmeberechtigte äußerten sich kritisch zum generell verpflichtenden Einsatz standardisierter Testverfahren in der ambulanten Psychotherapie (DGPT, S. 2 f.; DÄVT, S. 3 f.; DGPSF, S. 1; STN Expertin/Experte). Durch eine stellungnahmeberechtigte Organisation wurde darauf hingewiesen, dass Tests keinerlei Hinweise auf die inhaltliche Qualität des Prozesses der Psychotherapie geben würden und hiermit absehbare Interferenzen in Kauf genommen werden würden, die zu einem Eingriff in den Therapieprozess psychodynamischer Behandlungen führten (DGPT, S. 2 f.). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass es eine offensichtliche Überbewertung von standardisierten Instrumenten sowie Dokumentationen gebe, welche nicht geeignet seien, den Einzelfall gültig abzubilden (DÄVT, S. 3 f.). Zudem wurde von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation geäußert, dass die Durchführung eines standardisierten Testverfahrens nur dann ein Qualitätsindikator sei, wenn das Verfahren indiziert wäre und leitliniengerecht erfolge (DGPSF, S. 1). Von einer stellungnahmeberechtigten Person des Expertengremiums wurde angemerkt, dass alle Stellen des QS-Verfahren abgelehnt werden müssten, „[...] an denen eine Standardisierung des Behandlungsprozesses die Handlungsfreiheit des Therapeuten zum Nachteil des Patienten einschränkt“ (STN Expertin/Experte).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde die Frage aufgeworfen, „[...] ob eine Festlegung des Einsatzes von geeigneten, validierten Messinstrumenten als neuer Standard für die Richtlinienpsychotherapie über die Operationalisierung des entsprechenden Qualitätsindikators erfolgen sollte.“ Aus Sicht der Stellungnehmenden gingen derart weitreichende normative Vorgaben, welche neue fachliche Standards definieren würden, über die bestehenden berufs-

rechtlichen Regelungen hinaus. Diese wären dann in der Psychotherapie-Richtlinie und nicht über die Themenspezifischen Bestimmungen des QS-Verfahrens in der DeQS-Richtlinie zu regeln (BPtK, S. 14). Von einer Stellungnehmenden des Expertengremiums wurde ebenfalls darauf hingewiesen, dass es bisher keine Pflicht zum Einsatz eines standardisierten diagnostischen Instrumentes in der Psychotherapie-Richtlinie oder der Psychotherapievereinbarung gebe.

Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass nach eigener Prüfung von elf nationalen S3-Leitlinien im Rahmen der Diagnostik die Anwendung validierter standardisierter bzw. strukturierter Messverfahren empfohlen werde. Die Leitlinien würden somit auf einen medizinisch-psychotherapeutischen Standard hinweisen, „[...] der für die Versorgung eines breiten Spektrums psychischer Erkrankungen Gültigkeit besitzen dürfte“ (BPtK, S. 12). Dennoch wurde von einer anderen stellungnehmenden Organisation angemerkt, dass die Anwendung standardisierter Testverfahren keine Selbstverständlichkeit für alle Therapieverfahren sei. Es sei zwar wissenschaftlich nicht ausreichend untersucht, ob die Anwendung standardisierter Testverfahren tatsächlich die Qualität verbessere, dennoch müsse das IQTIG seinem Auftrag und den gesetzlichen Vorgaben gerecht werden. Die in diesem Indikator vorgestellte Lösung sei elegant und praktikabel. Es sei positiv, dass eine gefürchtete Schädigung des therapeutischen Prozesses vermieden werde und es keine Vorgabe von spezifischen Erfassungsinstrumenten gebe. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Verfahrensspezifität im weiteren Entwicklungs- und Erprobungsprozess berücksichtigt werden sollte. Es werde eine enge Kooperation zwischen Forschung, Praxis und Qualitätssicherung erforderlich sein, um künftig Konzepte zu entwickeln, mit denen die Qualität des diagnostischen Vorgehens valide und verfahrensübergreifend erfassbar wäre (OPK, S. 6).

Zu dem Referenzbereich des Indikators haben sich mehrere Stellungnehmende kontrovers geäußert. Für mehrere stellungnahmeberechtigten Organisationen gilt die Anwendung von Instrumenten als Standard in der psychotherapeutischen Versorgung und es wurde daher dem Referenzbereich zugestimmt (OPK, S. 6; BPtK, S. 12; GKV-SV, S. 14) bzw. dazu geraten, dass dieser nicht auf „möglichst alle“ sondern „alle“ Patientinnen und Patienten zutreffen sollte. Die wenig denkbaren Ausnahmen seien vom Referenzbereich abgedeckt (GKV-SV, S. 14).

Von einigen stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde angemerkt, dass der Referenzbereich des Indikators noch einmal kritisch hinterfragt werden sollte. Der Grund hierfür sei, dass zum einen eine verpflichtende Anwendung von Testverfahren von dem Expertengremium außerordentlich kritisch gesehen wurde und zum anderen, laut den Abrechnungsdaten, diese nur bei ca. 15 % der Patientinnen und Patienten angewendet werde. Der Referenzbereich von ≥ 90 % erscheine daher fraglich (BÄK, S. 10). Ergänzend hierzu wurde von einer Stellungnehmenden

des Expertengremiums angemerkt, dass der Hinweis, dass nur 15 % der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ein Testverfahren abrechnen, auch so interpretiert werden könne, dass es 85 % für nicht ausreichend erforderlich hielten. Es wurde die Frage aufgeworfen, wie viel Entscheidungsfreiheit verbleiben würde, wenn der Referenzbereich bei 90 % läge. Zudem sei bei einem Referenzbereich von 90 % eine Patientenselektion zu befürchten (STN Expertin/Experte).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass in der Metaanalyse von Beard und Delgadillo (2019) die Autoren betonten, dass weitere Forschung notwendig sei um den Effekt früherer Symptomverbesserungen auf das Behandlungsergebnis nicht nur für die Verhaltenstherapie, sondern auch für andere Therapieverfahren einschätzen zu können. Daher würde die Studie mit Blick auf die Anforderungen an eine diagnose- und verfahrens unabhängiges QS-Verfahren relevanten Limitationen unterliegen (BPTK, S. 12 f.). Zu dieser Einschätzung kam auch ein anderes stellungnehmendes Mitglied des Expertengremiums und so wurde darauf hingewiesen, dass zudem die Studie von Schawohl und Odenwald (2018) und die zitierten Leitlinien ebenfalls keinen Nachweis lieferten, dass sich durch den verpflichtenden Einsatz von standardisierten Messverfahren die Therapieergebnisse verbessern würden (STN Expertin/Experte). Zusätzlich wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation angemerkt, dass die Studie von Wittmann et al. nicht den Schluss zu lasse, dass eine Anwendung von standardisierten bzw. psychometrischen Testverfahren die Eingangsdiagnostik signifikant verbessere (BPTK, S. 12).

IQTIG: Die Anforderung wurde entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG auf Basis der Leitlinienempfehlungen abgeleitet. Und zielt nur indirekt auf die Verbesserung des Behandlungsergebnisses, sondern zunächst auf die Verbesserung der Diagnostik. Eine umfassende Diagnostik zu Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung, die durch den Einsatz quantitativer Messverfahren ergänzt wird, ist Voraussetzung für eine Behandlungsplanung und das Formulieren von Behandlungszielen, und ist somit unmittelbar von Bedeutung für die Patientinnen und Patienten und folglich ein patientenrelevantes Ziel.

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisation wurde Kritik an der Zuteilung der projektiven Testverfahren zu den standardisierten Testverfahren geäußert. Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass es in keiner Weise nachvollziehbar sei, auf welcher Datengrundlage die Ableitung der Datenfelder 28 und 29 erfolgte. Nach der fachlichen Einschätzung der Stellungnehmenden zählen die projektiven Testverfahren nicht zu den standardisierten diagnostischen Instrumenten, die in diesem Indikator abgebildet werden sollen. Zusätzlich seien keine evidenzbasierten Leitlinien bekannt, die dies als eine validere und differenzierte Diagnostik empfehlen würde. Lediglich das Vorhan-

densein von Abrechnungspositionen rechtfertige keinen Einbezug in die Operationalisierung des Indikators. Da hier eine ODER-Verknüpfung vorgesehen sei, wäre eine ausschließliche Anwendung und Dokumentation projektiver Testverfahren bereits ausreichend. Zudem sei kritisch anzumerken, dass die kriterienorientierte Bewertung des Indikators mit den Anpassungen und Beratungsprozessen des Expertengremiums nicht beschrieben seien und somit auch nicht nachvollziehbar seien. Es erscheine somit äußerst fraglich, dass ein solcher Indikator zur Qualitätssicherung beitragen könnte (BPtK, S. 13). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass projektive Testverfahren zu den psychologischen Untersuchungsmethoden mit niedriger Auswertungsobjektivität zählen würden und daher ließen sie sich auch nicht unter „standardisierte diagnostische Instrumente“ subsumieren (BÄK, S. 10 f.).

IQTIG: Das IQTIG bedankt sich, dass auf diesen Fehler hingewiesen wurde. Die Datenfelder zu den projektiven Testverfahren wurden entfernt.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass die Anwendung standardisierter diagnostischer Instrumente im Bereich belastender Lebensereignisse einen Zusammenhang der Symptomatik mit der Lebenserfahrung herstellen könne, wonach der Leistungserbringer explizit fragen solle. Es wird daher folgendes Item vorgeschlagen: „Sind standardisierte diagnostische Instrumente zur Erfassung belastender oder traumatischer Erlebnisse eingesetzt worden? (Ja/nein)“ (DeGPT, S. 4).

IQTIG: Wie oben beschrieben, obliegt die Auswahl des konkreten Instruments der behandelnden Psychotherapeutin / dem behandelnden Psychotherapeuten, die/der dies patientenindividuell entscheidet. Die Operationalisierung lässt somit auch ein Instrument zur Erfassung belastender oder traumatischer Erlebnisse zu. Es bedarf keines eigenen Datenfelds.

Von einigen Stellungnehmenden wurde die Verfahrensunabhängigkeit nicht als gegeben gesehen, da der Einsatz standardisierter Testverfahren nicht auf psychoanalytisch und tiefenpsychologisch begründete Verfahren anwendbar sei (DGPT, S.4; Expertengremium). Eine Verfahrensunabhängigkeit könne nur sichergestellt werden, wenn die Indikations- und Behandlungsfreiheit in diesem Qualitätsziel unberührt bleiben würden. In einer tiefenpsychologischen Behandlung sei das Anwenden von Testverfahren bereits ein Eingriff in die Beziehung sowie therapeutische Behandlung (STN Expertin/Experte). Ebenso sei der Indikator nicht kompatibel mit dem psychodynamischen Verfahren, da hier die Erfassung und das Verständnis der Beziehungsdynamik im Erstinterview viel bedeutsamer seien. (DGPT, S. 4). Von einer Stellungnehmenden des Expertengremiums wurde angemerkt, dass Testverfahren im Rahmen der psychodynamischen Verfahren nur einen begrenzten Nutzen hätten bzw. sogar kontraindiziert sein könnten (STN Expertin/Experte). Laut einer stellungnahmeberechtigten Organisation sei durch

den Einsatz standardisierter diagnostischer Instrumente das „Übertragungs- und Therapiegeschehen“ nachhaltig negativ beeinflussbar. Insbesondere für die psychodynamischen Verfahren stelle er keine Bedingung für gute Qualität dar (KBV, S. 8). Zudem führe der Einsatz standardisierter Messverfahren eventuell zu mehr symptombezogenen Diagnosen, sage aber nichts über die Qualität der Diagnostik aus oder führe zu einer Verbesserung (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Hier ist nochmals Anzumerken, dass die Wahl des Testverfahrens und des konkreten Zeitpunkts der Durchführung nicht durch den Indikator vorgegeben werden, sondern ausschließlich bei der Therapeutin bzw. dem Therapeuten liegen. Zugelassen für diesen Indikator sind zudem auch standardisierte/strukturierte klinische Interviews.

Der Indikator wurde um das Datenfeld „Patientin/Patient lehnte ab“ ergänzt.

Die analytische Psychotherapie geht nicht mehr in die Berechnung dieses Indikators ein.

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

Mehrere stellungnahmeberechtigte Organisationen äußerten sich zu der Strukturierung der Datenfelder und zu Ausfüllhinweisen (BÄK, S. 10 f.; BPTK, S. 14; GKV-SV, S. 14). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass die Datenfelder 25 bis 31 schwer lesbar seien aufgrund repetitiver längerer Satzteile. Zudem sei nicht nachvollziehbar, warum es in einigen Datenfeldern „in der Anfangsphase der Behandlung im Rahmen der Diagnostik“ und bei anderen „im Rahmen der Diagnostik in der Anfangsphase der Behandlung“ heiße. Weiterhin könnten die Texte der Datenfelder 12 bis 31 drastisch gekürzt werden, wenn eine einmalige Zwischenüberschrift: „Diagnostik in der Anfangsphase der Behandlung“ eingefügt werden würde (BÄK, S. 10 f.). Zudem sei die Lesbarkeit erschwert, da die Datenfelder 27 bis 31 und 39 bis 45 im Imperfekt formuliert seien („erfolgte“), während nur bei dem Datenfeld 26 die Aussage ohne nachvollziehbaren Grund im Perfekt („ist erfolgt“) formuliert wurde (BÄK, S. 10). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass bei diesem Indikator der Prozess der Durchführung und der Dokumentation jeweils in eigenen Datenfeldern abgebildet seien, im Gegensatz zu den Datenfeldern des ersten Indikators. Der Bezeichnung nach zu urteilen, solle aber eine Dokumentation auch bei diesem Indikator stattfinden. Der Unterschied werde allerdings in der konkreten Operationalisierung der Indikatoren nicht erläutert. Die Stellungnehmenden halten es jedoch grundsätzlich für geboten, den zusätzlichen Dokumentationsaufwand sowie die Anzahl der auszufüllenden Datenfelder bei der Einführung des QS-Verfahrens so gering wie möglich zu halten. (BPTK, S. 14). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass

die Frage nach der Anwendung und der Dokumentation in einer Frage erfasst werden könne. Zudem müsse definiert werden, was unter einem strukturierten klinischen Interview/Gespräch zu verstehen sei, damit keine falsch positiven Antworten gegeben würden. Dies gelte auch für die angemessenen Testverfahren, da die Definition völlig beliebig sei (GKV-SV, S. 14).

IQTIG: Die Formulierungen und die Struktur der Datenfelder wurden anhand der Hinweise aus dem Beteiligungsverfahren überarbeitet. Entsprechend den methodischen Vorgaben, ist dabei zu beachten, dass in einem Datenfeld nicht mehr als eine Information abgefragt wird.

4.2 Qualitätsaspekt „Therapiezielvereinbarung“

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde es als sachgerecht erachtet, dass das ursprünglich zweite Q-Merkmal „Überprüfung der Therapieziele im Therapieverlauf“ im weiteren Entwicklungsprozess dem Q-Aspekt zur Überprüfung des Therapiefortschritts zugeordnet wurde (BPtK, S. 14 f.).

4.2.1 Qualitätsindikator „Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen“

Die Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen in der Anfangsphase wurde in den Stellungnahmen kontrovers diskutiert (GKV-SV, S. 15; STN Expertin/Experte). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass die Vorgabe zu Behandlungsbeginn schon die relevanten Therapieziele erfassen zu können, in der Praxis nicht realistisch sei, da dies erst nach mehreren Sitzungen erkennbar werden würde (DÄVT, S.2). Entgegen dieser Ansicht äußerte sich ein Mitglied des Expertengremiums und merkte positiv an, dass dieser Q-Aspekt eine freie Gestaltung zulasse, da es keine Vorgaben zu Zeiträumen gebe. In der Praxis zeige sich, dass die Patienten bzw. der Patient durch die Klärung des Therapieziels die Möglichkeit hätten, mehr Eigenverantwortung zu zeigen und umzusetzen (STN Expertin/Experte).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass die gemeinsame Vereinbarung von Therapiezielen samt der Dokumentation unstrittige Bestandteile einer Psychotherapie seien, weshalb die Empfehlungen der BPtK zur Dokumentation diesen Aspekt beinhalte (BPtK, S. 15). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde ebenso angemerkt, dass die Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen ein Standard aller Psychotherapie-Richtlinienverfahren sei und dementsprechend sollte das Qualitätsziel für „möglichst alle“ statt „möglichst viele“ Patientinnen und Patienten gelten (GKV-SV, S. 15).

Von mehreren Stellungnehmenden wurde gefordert, dass sich der partizipative Aspekt der Therapiezielvereinbarung in der Indikatorbezeichnung widerspiegeln solle (BPtK, S. 15 f.; PatV, S. 14 f.; STN Expertin/Experte). Von einer stellungnah-

meberechtigten Organisation wurde vorgeschlagen, den Indikator in „Gemeinsame Vereinbarung von individuellen Therapiezielen und deren Dokumentation“ umzubenennen und das Datenfeld 32 in „Wurden in der Anfangsphase der Behandlung gemeinsam mit der Patient*in individuelle Therapieziele vereinbart und dokumentiert?“ umzuformulieren. Der Grund hierfür sei, dass nicht nachvollzogen werden könne, weshalb die Bezeichnung des Indikators in der weiteren Entwicklung nicht mehr das gemeinsame Erarbeiten und Vereinbaren von Therapiezielen und deren Dokumentation adressiere. Es könne indirekt aus dem Bericht erschlossen werden, dass die Erfassung des Q-Aspekts bei der Patientenbefragung verortet sei, allerdings würden die Datenfelder 32 und 33 zeigen, dass eine Vereinbarung intendiert sei. Da eine Vereinbarung von Therapiezielen nur gemeinsam mit der Patientin bzw. dem Patienten erfolgen könne und da der Indikator einen vornehmlich edukativen Charakter habe, solle auch die Indikatorbezeichnung den partizipativen Anteil darstellen (BPtK, S. 15 f.). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde ergänzend erwähnt, dass der Einbezug von Patientinnen und Patienten im Sinne von shared decision making bei der Therapiezielformulierung auch in nationalen sowie in internationalen Leitlinien eingefordert werde, wie beispielsweise in der S3-Leitlinie Unipolare Depression, S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, Leitlinie zur Behandlung von Generalisierten Angst- und Panikstörungen, S3-Leitlinie zu Angststörungen (gerade in Revision) sowie in den NICE Guidelines (PatV, S. 14 f.).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass die gemeinsame Entwicklung von patientenindividuellen Therapiezielen ein essenzieller Bestandteil der Psychotherapie sei. Es sei jedoch schwierig den Indikator zu beurteilen, da sinnvollerweise der Fokus auf die gemeinsame Erarbeitung gelegt werde, dieser Indikator jedoch nur die Reflexion des Prozesses seitens der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten abbilde. Um eine Gesamtbetrachtung zu ermöglichen, müsste transparent sein, wie dieser Indikator bei der Patientenbefragung abgebildet werden soll und ob sich diese sinnvoll ergänzen. Es bestünden, trotz der Einschränkungen, keine Bedenken hinsichtlich der abgefragten Items (OPK, S. 7).

Von einem Mitglied des Expertengremiums wurde ergänzend angemerkt, dass die Relevanz des Indikators gegeben sei und die Operationalisierung angemessen erscheine. Allerdings könnten Therapieziele nur von den Patientinnen und Patienten benannt werden, während die Therapeutin bzw. der Therapeut für die Überprüfung der Ziele bezüglich der „Erreichbarkeit, Rationalität, Funktionalität und Widerspruchsfreiheit“ zuständig sei (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Der Qualitätsaspekt zur Therapiezielvereinbarung wird durch mehrere Erhebungsinstrumente und infolge dessen durch mehrere Indikatoren adressiert. Diese Indikatoren müssen inhaltlich trennscharf sein. Dabei wird geprüft, welches Erhebungsinstrument das am besten geeignete ist. Kommunikative

und partizipative Anteile eines Aspekts sind aus methodischen Gründen bei der Patientenbefragung zu verorten.

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen und Mitgliedern des Expertengremiums wurde kritisiert, dass der Indikator nicht verfahrensunabhängig sei, besonders im Hinblick auf psychodynamische Verfahren (KBV, S. 8 f.; DGPT, S. 4; Expertengremium). Es wurde darauf hingewiesen, dass zu Behandlungsbeginn nur die bewusstseinsfähigen Therapieziele benennbar wären. Für die psychodynamische Psychotherapie müssten jedoch auch unbewusste Motive berücksichtigt werden, da es ein Kunstfehler wäre, die therapeutische Arbeit ausschließlich hierauf auszurichten (DGPT, S. 4; STN Expertin/Experte). Zudem gebe es auch für die Verhaltenstherapie und Systemische Therapie weder Leitlinien noch andere Literatur, die empfehlen, dass ein Therapieziel an einem bestimmten Punkt feststehen müsse und nicht mehr an die „therapeutische Situation“ angepasst werden dürfe (KBV, S. 8 f.).

IQTIG: Der konkrete Zeitpunkt für eine erste Festlegung von Therapiezielen wird durch den Indikator nicht vorgegeben, sondern kann patientenindividuell und situationsabhängig gewählt werden. Das Indikatorenset lässt zudem explizit eine Ergänzung, eine Anpassung der Therapieziele im Verlauf zu.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass bei der Spezifizierung von Therapiezielen, die Referenz zur ICF wesentlich wichtiger erscheine als die zum ICD. Dieser wurde im Bericht nicht berücksichtigt, sollte aber bei der Indikationsstellung sowie Zielanalyse und Therapieplanung berücksichtigt werden (DÄVT, S. 2).

IQTIG: Der empfohlene Indikator hat referenziert in keinerlei Hinsicht auf den ICD-10 Katalog.

Das IQTIG teilt aber grundsätzlich die Auffassung, dass eine stärkere Berücksichtigung des ICF perspektivisch für unterschiedlichste Fragestellungen zielführend sein kann.

4.3 Qualitätsaspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“

4.3.1 Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs“

Durch zwei stellungnahmeberechtigte Organisationen wurde herausgestellt, dass die Reflexion des Therapieverlaufs ein behandlungsimmanenter Qualitätsstandard sei und daher fortlaufend zu erheben und zu dokumentieren sei (DGPT, S. 4; BPTK, S. 17). Der Indikator stelle einen Qualitätsstandard dar, der sowohl seitens der Kammer als auch der einschlägigen Leitlinien obligatorisch sei (BPTK, S. 17). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde betont, die Reflexion sei ein unverzichtbarer, über den gesamten Behandlungsverlauf durchzuführender Teil der Psychotherapie und es gäbe keine Vorbehalte gegen die Operationalisierung des Indikators (OPK, S. 7). Darüber hinaus sei es laut einer anderen Stellungnahme zu begrüßen, dass die Überprüfung des Therapiefortschritts behandlungsrelevant und patientenindividuell zu erfassen sei, da die zu prüfenden Dimensionen im individuellen Behandlungsfall eine sehr unterschiedliche Relevanz hätten und die Vorgabe jener Dimensionen dem Anspruch eines diagnose- und verfahrensunabhängigen QS-Verfahrens nicht gerecht würden (BPTK, S. 16).

In andere Stellungnahmen wurde angemerkt, dass durch die Formulierung „Die behandlungsrelevanten Dimensionen entsprechen denen, die in QI 43xx14 abgefragt werden.“ nicht klar sei, dass zur Reflexion nur tatsächlich behandlungsrelevante Dimensionen betrachtet werden müssten (STN Expertin/Experte). Auch von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, es sei unklar, was bei diesem Indikator unter behandlungsrelevanten Dimensionen zu verstehen sei. Die biographische Anamnese (DF 13), Medikamentenanamnese (DF 16) und Behandlungsgeschichte (DF 17) seien sicherlich nicht noch einmal im Rahmen der Reflexion zu adressieren (BÄK, S. 12). Laut einer weiteren Stellungnahme sei die Überprüfung des Behandlungsfortschritts ein obligatorischer Teil psychotherapeutischer Arbeit, jedoch unklar, was bei diesem Indikator unter behandlungsrelevanten Dimensionen zu verstehen sei. Kritisch zu sehen sei ebenso die Frage nach der Anpassung von Therapiezielen (DF 37). Falls diese, wie es häufig sei, nicht angepasst werden müssten, müsste der Leistungserbringer grundlos eine negative Bewertung fürchten (KBV, S. 9; STN BÄK, S. 12f.; BPTK, S. 17; Expertin/Experte).

IQTIG: Das IQTIG wird für den betroffenen Indikator mittels eines entsprechenden Hinweises verdeutlichen, dass für diesen Indikator nur die für den individuellen Behandlungsfall relevanten Dimensionen adressiert werden sollen.

Eine Anpassung der Therapieziele muss selbstverständlich nur dann erfolgen, wenn dies auch tatsächlich erforderlich ist. Dies wird in der Rechenregel berücksichtigt werden.

Nach Meinung einer stellungnahmeberechtigten Organisation sollte geprüft werden, ob die Datenfelder zur „Durchführung der Überprüfung der behandlungsrelevanten Dimensionen bzw. der Erreichung der individuellen Therapieziele und der Dokumentation der Ergebnisse der Überprüfung“ zugunsten eines geringeren Dokumentationsaufwands zusammengefasst werden könnten (BPtK, S. 17; GKV-SV, S. 15f.).

IQTIG: Entsprechend den methodischen Vorgaben ist pro Datenfeld jeweils nur eine Information abzufragen.

In zwei Stellungnahmen wurde der Aspekt der Partizipation thematisiert. Eine stellungnehmende Person beschrieb, der Indikator sei verfahrensunabhängig anwendbar, bilde jedoch nur einen Teil des partizipativ zu gestaltenden Reflexionsprozesses ab (STN Expertin/Experte).

In einer anderen Stellungnahme wurde erwähnt, dass das Qualitätsziel des Indikators umformuliert werden sollte in: „gemeinsame Reflexion des Therapieverlaufs“, da man ansonsten dem partizipativen Charakter der Psychotherapie nicht entsprechen würde (STN Expertin/Experte). Diese Forderung wird durch eine weitere stellungnahmeberechtigte Organisation gestützt, in deren Stellungnahme betont wird, dass im Rahmen der Reflexion der Besprechung mit der Patientin/dem Patienten und den partizipativ vereinbarten Therapiezielen eine besondere Bedeutung zukäme und dies ebenfalls in der Patientenakte dokumentiert werden sollte (BPtK, S. 17). Auch von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde gefordert, dass die Reflexion des Behandlungsverlaufs partizipativ zu erfolgen habe. Explizit hervorgehoben wurde die gemeinsame Prüfung, ggf. Modifikation und Gewichtung der vereinbarten Therapieziele mit dem vorrangigen Ziel der frühzeitigen Erkennung und Begegnung ungünstiger Behandlungsverläufe (PatV, S. 16).

IQTIG: Der Qualitätsaspekt wird durch mehrere Erhebungsinstrumente und infolge dessen durch mehrere Indikatoren adressiert. Diese Indikatoren müssen inhaltlich trennscharf sein. Dabei wird geprüft, welches Erhebungsinstrument das am besten geeignete ist. Kommunikative und partizipative Anteile eines Aspekts sind aus methodischen Gründen bei der Patientenbefragung zu verorten.

Durch eine stellungnahmeberechtigte Organisation wurde hervorgehoben, dass die Reflexion mit der Dauer der Behandlung zusammenhänge und dazu diene, „über bisher Erreichtes und über das weitere Vorgehen zu reflektieren.“ Daher sei es kritisch zu bewerten, dass man nicht auf feste Zeitpunkte für solch eine Reflexion festgelegt habe. Alle Patientinnen und Patienten hätten Anspruch auf eine Reflexion im Therapieverlauf, bei der auch der Einsatz von Messinstrumenten erstrebenswert sei. (GKV-SV, S. 15f.).

IQTIG: Der Zeitpunkt, zu dem eine Reflexion des Therapieverlaufs erfolgt, kann nur patienten- und behandlungsindividuell gewählt werden. Das IQTIG konnte keine Evidenz ermitteln, die eine konkretere Vorgabe, z.B. nach einer bestimmten Anzahl von Sitzungen, rechtfertigen würde.

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

Der erneute Einsatz von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf wurde von den Stellungnehmenden sehr kontrovers diskutiert. Während von mehreren Stellungnehmenden angemerkt wurde, dass die Argumente, die bereits bei dem analogen Qualitätsindikator zum Q-Aspekt Diagnostik angebracht wurden, auch für diesen Indikator gelten würden (KBV, S. 9; BpTK, S. 18; DGPT, S. 4 f.; STN Expertin/Experte), äußerten sich einige Stellungnehmende noch einmal explizit zu diesem Indikator (OPK, S. 7 f.; BpTK, S. 18 f.; STN Expertin/Experte).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass bereits die intensiven Diskussionen im Expertengremium gezeigt hätten, dass Wiederholungsmessungen in bestimmten Verfahren nicht generell üblich seien. Es sei wissenschaftlich nicht ausreichend belegt, ob diese in den analytischen und tiefenpsychologischen Verfahren zu einer Qualitätssteigerung beitragen würden. Trotz dessen wird die vom IQTIG gefundene Lösung als praktikabel erachtet, um den gesetzlichen Vorgaben gerecht zu werden. Es sei zudem positiv hervorzuheben, dass es keine Vorgabe eines spezifischen Erfassungsinstrumentes gebe. Weiterhin wurde explizit auf die Berücksichtigung der Verfahrensspezifität im weiteren Entwicklungs- und Erprobungsprozess des QS-Verfahrens hingewiesen (OPK, S. 7 f.).

Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass die Anwendung und Auswertung standardisierter Testverfahren im Therapieverlauf zwar von einigen evidenzbasierten Leitlinien empfohlen werde, diese jedoch nicht für alle psychischen Störungen im ambulanten Sektor zutreffe. Weiterhin wurde darauf hingewiesen, dass der Einsatz standardisierter Testverfahren zu Behandlungsbeginn eine bedeutsame Unterstützung der Differenzialdiagnostik sei. Im Behandlungsverlauf sollten hingegen noch intensiver die individuellen Beschwerden und Therapieziele fokussiert werden, wobei der Einsatz standardisierter Testverfahren keinen bedeutsamen Mehrwert bringen würde im Gegensatz zum Beispiel eine gezielte problem- und symptomorientierte Erfassung zu relevanten und validen Ergebnissen führen könnten (BpTK, S. 18 f.). Durch mehrere stellungnehmende Personen des Expertengremiums wurde darauf hingewiesen, dass die Verwendung standardisierter Instrumente im Therapieverlauf einen weitaus stärkeren Eingriff in die Therapie darstellen würde, als im Rahmen der Eingangsdiagnostik (STN Expertin/Experte). Von einer stellungnahmeberechtigten

ten Organisation wurde angemerkt, dass besonders in der Psychoanalyse der Einsatz diagnostischer Instrumenten kontraindiziert sein könne, vor allem, wenn diese im Therapieverlauf eingesetzt werden würden. Für die anderen Verfahren sei zu Bedenken, dass Patientinnen und Patienten mit bestimmten Grunderkrankungen, wie beispielsweise paranoide Denkstörungen, mit einer Verschlechterung reagieren könnten (KBV, S. 8).

IQTIG: Hier ist nochmals Anzumerken, dass die Wahl des Testverfahrens und des konkreten Zeitpunkts der Durchführung nicht durch den Indikator vorgegeben werden, sondern ausschließlich bei der Therapeutin bzw. dem Therapeuten liegen. Zugelassen für diesen Indikator sind zudem auch standardisierte/strukturierte klinische Interviews.

Eine Verlaufsbeobachtung der Behandlung auch mittels standardisierter Instrumente ermöglicht es bspw. ungünstige Entwicklungen früh zu erkennen und die Behandlung frühzeitig anzupassen. Sie können zudem den Therapeuten/den Therapeuten während des Behandlungsprozesses unterstützen.

Die analytische Psychotherapie geht nicht mehr in die Berechnung dieses Indikators ein.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass es insbesondere bei dem Einsatz von standardisierten Testverfahren zu erheblichen Unterschieden zwischen den Psychotherapie-Richtlinienverfahren käme, die sich auch in dem QS-Verfahren widerspiegeln müssten. Es wäre beispielsweise denkbar, „[...] dass bereits in der Spezifikation die Angabe vorgesehen wird, warum sich eine Therapeutin oder ein Therapeut gegen den Einsatz eines standardisierten diagnostischen Instruments entschieden hat und mögliche Ausschlusskriterien formuliert werden“ (KBV, S. 8). Grundsätzlich stelle sich aber hier auch die Frage, ob es gerechtfertigt sei, „[...] für alle Diagnosegruppen und alle Behandlungsverfahren in einheitlicher Weise über die Operationalisierung eines Qualitätsindikators die Anwendung von standardisierten Instrumenten zum fachlichen Standard für die Verlaufserfassung in der Richtlinien-Psychotherapie zu definieren.“ Eine Einführung derartiger neuer Standards wäre ausschließlich über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie zu regeln (BPtK, S. 18 f.).

IQTIG: Die Analytische Psychotherapie wurde aus der Rechenregel des Indikators entfernt. Ein begründetes Festlegen von Ausschlusskriterien ist in derzeit nicht möglich und könnte im Ergebnis einer Machbarkeitsprüfung oder Erprobungsphase ggf. geprüft werden.

Die in den Indikatoren formulierten Anforderungen leiten sich entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG aus den verfügbaren Wissensbe-

ständen wie Leitlinien, Literatur und Fokusgruppen ab. Ob eine Richtlinienanpassung erforderlich wäre, wie in einer Stellungnahme zu bedenken gegeben wird, kann durch das IQTIG nicht beurteilt werden.

Zwei Stellungnehmende äußerten, dass für solch einen Indikator die Psychotherapie-Richtlinie geändert werden müsse (BPtK, S. 18 f.; STN Expertin/Experte) bzw. die Psychotherapievereinbarung bisher keine Verpflichtung für den Einsatz standardisierter Testverfahren vorsehe (KBV, S. 8). Der Grund hierfür sei, dass laut der Psychotherapie-Richtlinie derzeit neben den genehmigten Leistungen keine anderen Leistungen abgerechnet werden könnten und somit könnte dieser Aspekt nicht umgesetzt werden (STN Expertin/Experte). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde auf die Analysen von Abrechnungsdaten eingegangen, die ergab, dass bei nur bei 15 % der Patientinnen und Patienten im Therapieverlauf der Einsatz von Messinstrumenten abgerechnet wurde. Möglicherweise sei dies teilweise auf die Abrechnungs- und Vergütungsbedingungen im EBM zurückzuführen, wodurch Anwendungen von standardisierten Testverfahren gar nicht abgerechnet werden würden.

IQTIG: Die Analyse von Abrechnungsdaten ergab, dass bei nur bei 15 % der Patientinnen und Patienten im Therapieverlauf der Einsatz von Messinstrumenten überhaupt abgerechnet wurde. D.h. in 85 % der Behandlungsfälle wurde der Einsatz von Messinstrumenten überhaupt nicht abgerechnet. Die Durchführung psychodiagnostischer Testverfahren sind je Behandlungsfall für Versicherte ab Beginn des 22. Lebensjahres bis zu einer Gesamtpunktzahl von 1.092 Punkten berechnungsfähig, wobei pro vollendete 5 Minuten 34 bzw. 39 Punkte berechnet werden. Es liegen keine Hinweise darauf, dass die überwiegende Zahl der Leistungserbringer von dieser Vergütungsregelung mehrheitlich keinen Gebrauch macht, vor.

4.4 Qualitätsaspekt „Kooperation“

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde die große Bedeutung des Q-Aspekts betont. Kooperation sei entscheidend für den Behandlungserfolg, auch mit „(z. B. gemeindepsychiatrische) Einrichtungen außerhalb des SGB V sowie für Selbsthilfegruppen bzw. Selbsthilfe-Kontaktstellen.“ Die Erstellung der Richtlinie zur Komplexbehandlung schwer psychisch Kranker nach § 92 6b SGB V sei ein Hinweis auf den Verbesserungsbedarf bei der Kooperation, v. a. zu Einrichtungen zur Förderung der beruflichen Teilhabe und der Teilhabe (PatV, S. 17).

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

In einer Stellungnahme wurde dargelegt, der Bedarf an Kooperation sei für jede Patientin/ jeden Patienten zu prüfen, da insbesondere für schwer Erkrankte Kooperation und Kommunikation mit Mitbehandelnden ein relevantes Qualitätsziel sei und per Gesetz die kooperative Berufsausübung gewünscht und zu forcieren sei (GKV-SV, S. 16). Der vom IQTIG beschriebenen Relevanz der Kooperation zwischen verschiedenen Leistungserbringern und bei schwer erkrankten Patientinnen und Patienten sei auch laut zweier anderer Stellungnahmen zuzustimmen (KBV, S. 9, STN Expertin/Experte). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation werde der mit den Experten konsentierete Indikator befürwortet (PatV, S. 17). Durch eine Stellungnahme wurde erklärt, der Indikator sei verfahrensunabhängig umsetzbar (STN Expertin/Experte).

Laut einer Stellungnahme sei nicht klar erkennbar, was mit Kooperation und Kommunikation gemeint sei (STN Expertin/Experte). Darüber hinaus erscheine das Qualitätsziel des Indikators fragwürdig und es werde der wissenschaftliche Nachweis zur Begründung des Qualitätsmerkmals vermisst. Die Rechenregel besage, dass nur jene Patientinnen und Patienten mit der Indikation zur Kooperation zu berücksichtigen seien und es wird in der Stellungnahme explizit darauf hingewiesen, dass der Indikator auch nur für jene Patientinnen und Patienten zu erfüllen sein sollte (OPK, S. 8).

Durch eine stellungnahmeberechtigten Organisation wurde kritisch erläutert, dass sich die verschiedenen, vom IQTIG definierten, Leistungserbringer bezüglich Häufigkeit, Umfang und Zeitpunkt der Beteiligung an der Behandlung unterscheiden, dies im weiteren Entwicklungsprozess, jedoch nicht berücksichtigt worden sei. Es werden störungsspezifische Leitlinien angeführt, die Absprachen und Kommunikation mit anderen beteiligten Leistungserbringern empfehlen. Aufgrund deren unterschiedlicher Relevanz für die verschiedenen Störungsbilder tun dies jedoch nicht alle Leitlinien. Auch die gesetzlich beauftragte „Richtlinie für die strukturierte und koordinierte Versorgung psychisch erkrankter Menschen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Versorgungsbedarf“ trage dem Umstand dieser selektiven Erforderlichkeit umfassender Kooperation Rechnung. Durch Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten finde in jedem Fall ein Austausch mit einem somatisch-fachärztlichen Leistungserbringer zur körperlichen Untersuchung und zum Erhalt des Konsiliarberichts statt, was nur für ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entfalle. Dagegen sei die Soziotherapie bei einem relativ geringen Teil der Patientinnen und Patienten indiziert und darüber hinaus aufgrund der in vielen Regionen sehr niedrigen Soziotherapeutendichte selten anwendbar (BPtK, S. 19). Dieser Punkt und ebenso der Hinweis auf eine fachärztliche Unterversorgung im ländlichen Bereich, welche

verhindere, den Anspruch des Indikators erfüllen zu können, wurde auch in anderen Stellungnahmen angeführt (OPK, S. 8; STN Expertin/Experte).

Die häusliche psychiatrische Krankenpflege als relevante Leistungserbringung hingegen fehle in der Auflistung. Bezüglich der Versorgungsbefugnisse der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten fehlten jene für die psychiatrische häusliche Krankenpflege, Ergotherapie und Krankenhauseinweisung (BPtK, S. 19f.). Durch eine stellungnahmeberechtigte Organisation wurde zudem darauf aufmerksam gemacht, dass den Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, an andere ärztliche Leistungserbringenden zu überweisen, fehlt (KBV, S. 9). Es wurde zudem darauf hingewiesen, dass mit dem Einverständnis der Patientinnen und Patienten bei der Psychotherapeutin/ dem Psychotherapeuten nicht alle beteiligten Leistungserbringer von ihrer Schweigepflicht entbunden seien (KBV, S. 9) und diese sowie der Datenschutz es erforderlich machten, die Zustimmung oder Ablehnung der Patientin/ des Patienten eines Austauschs mit an der Behandlung Beteiligten zu dokumentieren (BÄK, S. 13).

In mehreren Stellungnahmen wurde betont, dass, entgegen der Festlegung des Referenzbereichs für diesen Indikator, für die Mehrheit der in psychotherapeutischer Behandlung befindlichen Patientinnen und Patienten kein Kooperationsbedarf bestehe (KBV, S. 9; BPtK, S. 21ff.; DGPT, S. 5; OPK, S. 8; STN Expertin/Experte). Die Erforderlichkeit eines Austauschs betreffe nur schwer und chronisch erkrankte Patientinnen und Patienten, auf die sich auch die vom IQTIG herangezogene, störungsspezifische Literatur und die vom G-BA beratene Richtlinie zur strukturierten und koordinierten Versorgung psychisch erkrankter Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf beziehe (KBV, S. 9; DGPT, S. 5; STN Expertin/Experte). In einer Stellungnahme wurde betont, dass aufgrunddessen die Eignung der Kooperation als Q-Merkmal infrage zu stellen sei (KBV, S. 9). Selbst in Fällen mit therapiebegleitender Medikation oder langjähriger psychiatrischer Behandlung erscheine es fragwürdig, ob ein Austausch immer von Nöten sei (BPtK, S. 21ff.; STN Expertin/Experte). Auch wurde angemerkt, dass Patientinnen und Patienten nicht in jedem Falle transparent machen, wenn sie andere Behandelnde oder stationäre Aufenthalte haben bzw. gehabt haben (KBV, S. 9).

Es bestünde laut mehrerer Stellungnehmenden, besonders für leichter Erkrankte und spezifische Störungsbilder, gar eine Kontraindikation für die Durchführung bzw. Übernahme eines Austauschs mit anderen Leistungserbringern, da es so zu einer Störung der therapeutischen Beziehung kommen könnte und dem Therapieziel entgegenstehen würde, die Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten zu fördern (KBV, S. 9; DGPT, S. 5; DGPM, S. 3; DKPM, S. 3; BPM, S. 3; STN Expertin/Experte). Es wurde durch mehrere Stellungnehmende gefordert, eine weitere Antwortmöglichkeit in die Datenfelder des Indikators aufzunehmen, mit der ausgedrückt werden könnte, dass eine Kooperation nicht indiziert sei (DGPM,

S. 3; DKPM, S. 3; BPM, S. 3; STN Expertin/Experte). Es bedürfe darüber hinaus einer Spezifikationsanpassung zur Vermeidung ungerechtfertigter Stellungnahmen (KBV, S. 4 und S. 9).

IQTIG: Mit Kooperation und Kommunikation ist in diesem Indikator jede Art von Austausch. Inhalt und Umfang sind vom patientenindividuellen Behandlungsfall abhängig. Die Anforderung ergibt sich insbesondere aus Leitlinienempfehlungen. Behandlungsfälle, an denen keine Mitbehandelnden beteiligt sind, werden entsprechend der Rechenregel, aus dem Indikator herausgerechnet. Zudem werden nur die tatsächlich Mitbehandelnden adressiert, nicht Versorgungsleistungen, die ggf. zusätzlich indiziert gewesen wären. Nicht ausreichend für die Erfüllung des Indikators ist jedoch das Vorliegen des Konsiliarberichts, der im Kontext der Antragsstellung verpflichtend einzuholen ist.

Die APP wurde als Datenfeld ergänzt. Ergotherapie und stationärer Aufenthalt sind bereits durch Datenfelder adressiert.

Durch das Nichterteilen einer Schweigepflichtsentbindung lehnt der Patient / die Patientin implizit die Kooperation bzw. den Austausch zwischen den Mitbehandelnden ab. Dies ist durch ein entsprechendes Datenfeld dokumentierbar.

Ob und welche Patientengruppen es gibt, für die eine echte Kontraindikation für einen Austausch vorliegt, obwohl der Patient nicht abgelehnt hat, ist derzeit nicht darstellbar und könnte im Zuge der Weiterentwicklung bzw. in der Erprobungsphase geprüft werden. Derzeit werden derartige Konstellationen über den Referenzbereich abgedeckt.

Aus zwei Stellungnahmen geht hervor, dass eine Verbesserung der Kooperation zwischen den an der Behandlung Beteiligten aufgrund des dadurch entstehenden Mehraufwands nur durch eine bessere Vergütung möglich sei (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Die Zuständigkeit für Vergütungsfragen ist anderweitig verortet.

Von mehreren Stellungnehmenden wurden die Formulierung, Ausgestaltung sowie der Umfang der Datenfelder des Indikators thematisiert. Eine stellungnahmeberechtigte Organisation führte an, dass es angemessen sei angeben zu können, dass Mitbehandelnde nicht erreicht werden konnten oder die Patientin/ der Patient abgelehnt habe (BÄK, S. 13).

Desweiteren wurde kritisiert, der Indikator sei inhaltlich unklar abgegrenzt und wie andere Indikatoren des Indikatorensets ungenau formuliert, wodurch zu erwarten sei, dass dessen Ergebnisse für einen Leistungserbringervergleich nicht aussagekräftig genug seien, da für das Erfüllen der Austausch mit irgendeinem an

der Behandlung beteiligten Leistungserbringer ausreiche. Demgegenüber stehe ein zu hoher Dokumentationsaufwand mit bis zu 15 Datenfeldern (BÄK, S. 13 und S.18). Zu diesem Schluss kam auch eine andere Organisation, in deren Stellungnahme bemerkt wurde, der Indikator sei ungenügend differenziert operationalisiert - es fehlten Vorgaben zur Kooperation „wann, wie, mit wem“ - und daher „wenig aussagekräftig“ (GKV-SV, S. 8 und S. 16).

IQTIG: Konkretisierungen zu den Datenfeldern könnten im Zuge der Weiterentwicklung auf Basis der Richtlinie über die strukturierte und koordinierte Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf nach § 92 Abs. 6b SGB V geprüft werden. Diese Richtlinie liegt zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht vor.

In einer Stellungnahme werde die Antwortoption „[...] konnte nicht erreicht werden“ positiv gesehen, da deutlich werde, dass die Psychotherapeutin/ der Psychotherapeut nicht allein in der Verantwortung für die Kooperation stehe (KBV, S. 9), wohingegen durch zwei stellungnehmende Mitglieder des Expertengremiums betont wurde, dass dadurch impliziert werde, dass ausschließlich telefonische und persönliche Kontakte gelten würden, wobei diese sehr aufwendig zu realisieren sei. Es fehlten Strukturen für „asynchrone Kommunikation“ und es sollten auch andere Kommunikationswege Berücksichtigung finden (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Die Art der Kontaktaufnahme und die Gestaltung des Austausches werden durch den Indikator nicht vorgegeben.

4.5 Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“

Von einer stellungnahmeberechtigten Person wurde kritisiert, dass die quantitativen und qualitativen Entwicklungsschritte von ursprünglich 5 auf letztlich 2 Q-Merkmale im Vorbericht nur ansatzweise und nicht nachvollziehbar dargelegt wurden (BPtK, S. 23).

IQTIG: Die Qualitätsmerkmale wurden zu einem Indikatorentwurf synthetisiert, die Inhalte der vormals einzelnen Merkmale gingen in den Datenfeldern auf.

Von einer stellungnehmenden Person wurde beanstandet, der Q-Aspekt setze eine reguläre Therapiebeendigung voraus, die nicht in allen Fällen gewährleistet sei. Aus diversen Gründen sei es schwierig, das Behandlungsende festzulegen. Selbst die GOP zum Therapieende sei nicht ausreichend, um diesem Problem zu begegnen. Bei bestimmten Störungsbildern reichten die bewilligten Therapiestunden oft nicht aus, wofür es strukturelle Änderungen benötige (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Mit den kürzlich dafür eingeführten GOPs ist das Ende einer Richtlinien-Psychotherapie dokumentierbar. Zusätzlich werden für diesen Indikator die Gründe der Beendigung dokumentiert, um irreguläre Beendigungen erkennen zu können

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

Durch eine stellungnahmeberechtigte Organisation wurde erklärt, dass der vom IQTIG herausgestellten Wichtigkeit der Abschlussphase sowie ihrer intensiven Vorbereitung als basalem Element einer Richtlinien-Psychotherapie vollumfänglich beigeplantet werde (KBV, S. 9). Durch eine weitere stellungnahmeberechtigte Organisation wurde betont, wie bei den Indikatoren zum Therapiebeginn und -verlauf sollten auch zur Reflexion der Abschlussphase geeignete Messinstrumente angewandt werden und die Dokumentation der Therapiezieleerreichung sei als Mindestanforderung für jede Behandlung zu fordern (GKV-SV, S. 16). In einer anderen Stellungnahme hieß es, dass keinerlei Einwände hinsichtlich des Indikators bestünden und die Reflexion des Therapieverlaufes hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie ein basaler Bestandteil einer jeden Psychotherapie sei (OPK, S. 9). Laut einer Stellungnahme sei eine Normierung in Prüfkriterien wenig sinnvoll und fragwürdig, insbesondere im Rahmen der Psychodynamik. Es sei aus fachlicher Perspektive angemessen, gemeinsam mit der Patientin/ dem Patienten Bilanz zu ziehen, diese werde durch eine direkte Abfrage jedoch beschnitten. Das geforderte Vorgehen stelle einen Eingriff in die Behandlung dar (DGPT, S. 5).

In zwei Stellungnahmen wurde kritisiert, dass der partizipative Aspekt bei diesem Indikator nicht berücksichtigt werde. Es wurde gefordert, „dass die Patientinnen und Patienten bei der Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung“ integriert würden (PatV, S. 18). Desweiteren wurde vorgeschlagen, das Qualitätsziel in „gemeinsame Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase“ umzuformulieren. Der Inhalt des Indikators könne nicht ohne Partizipation definiert und ausgestaltet werden. Es sei nicht nachvollziehbar, dass die Partizipation als zentrales Element der Psychotherapie ausschließlich bei der Patientenbefragung verortet sein soll (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Der Qualitätsaspekt wird durch mehrere Erhebungsinstrumente und infolge dessen durch mehrere Indikatoren adressiert. Diese Indikatoren müssen inhaltlich trennscharf sein. Dabei wird geprüft, welches Erhebungsinstrument das am besten geeignete ist. Kommunikative und partizipative Anteile eines Aspekts sind aus methodischen Gründen bei der Patientenbefragung zu verorten.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass bezüglich des Qualitätsziels des Indikators nicht klar sei, was mit dem Begriff „ausreichend“ gemeint sei. Auch nicht nachvollziehbar sei, weshalb hier auf die Erhebung der behandlungsrelevanten Dimensionen bestanden werde, im analog entwickelten Indikator 43xx17 jedoch nicht. Es sei unklar, weshalb es in den Datenfeldern 61 und 62 „individuelle Behandlung“ heiße, in den analogen Datenfeldern nur „Behandlung“. Insgesamt gäbe es Abweichungen hinsichtlich der Formulierungen der ansonsten analogen Datenfelder der Indikatoren 43xx17 und 43xx20 (BÄK, 15).

IQTIG: Das Qualitätsziel sowie die Datenfelder wurden hinsichtlich ihrer Formulierungen geprüft.

Auch in einer anderen Stellungnahme wurden die Datenfelder des Indikators thematisiert. So erscheine die analoge Entwicklung der Indikatoren 43xx17 und 43xx20 nicht gelungen. Die Formulierung der Datenfelder 61 und 63 sei schwer verständlich und adressiere nicht das eigentliche Thema. Dieses sei für den gesamten Q-Aspekt „ob tatsächlich frühzeitig vor Beendigung der Therapie die Abschlussphase eingeleitet und dies mit der Patient*in besprochen wurde“ und ob die in der Abschlussphase relevanten Inhalte tatsächlich in dieser bearbeitet wurden. Die Frage nach der Überprüfung des Therapieverlaufs anhand des Erreichens der Therapieziele sei bereits über den Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs“ abgedeckt. (BPTK, S. 24).

IQTIG: Es ist zutreffend, dass es sich um eine Analogiebildung zum Indikator „Reflexion des Therapieverlaufs“ handelt, konkretisiert für eine bestimmte Behandlungsphase.

Der Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“ wird parallel von der Patientenbefragung adressiert.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass offen bliebe, was das IQTIG bei einem Therapieabbruch empfehle, da hier nur auf die Patientenbefragung verwiesen werde. Es kann daher hierzu nicht abschließend Stellung bezogen werden, da die Patientenbefragung erst am Ende des Jahres vorliege (KBV, S. 10). Ebenso wurde von mehreren Mitgliedern des Expertengremiums angemerkt, dass das QS-Verfahren auf einen idealen Therapieverlauf ausgerichtet sei und daher Therapieabbrüche in der Umsetzung stärker adressiert werden müssten. Es wäre daher empfehlenswert, bei den Indikatoren beispielweise Ausstiegs-Optionen einzufügen. Es bestehe sonst die Gefahr, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für von ihnen nicht beeinflussbare, ungünstige Therapieverläufe verantwortlich gemacht würden (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Die Struktur des vorläufigen Dokumentationsbogens wurde so überarbeitet, dass die Information zur Art der Therapiebeendigung und insbesondere zu Therapieabbrüchen auch für diesen Indikator genutzt werden kann.

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

Laut einer stellungnahmeberechtigten Organisation sei es schlüssig, dass das Q-Merkmal „Besprechen und Konsentierten einer ggf. vorliegenden Indikation für eine Rezidivprophylaxe“ zum vorliegenden Indikator weiterentwickelt wurde.

Die Vorgabe, in jedem Behandlungsfall die Erforderlichkeit eines anschließenden (teil-)stationären Aufenthalts zu prüfen, erscheine dagegen sonderbar und das Verbesserungspotenzial dieses Items fragwürdig. Andererseits seien dadurch weder ein Eingriff in den Therapieprozess noch negative Schlussfolgerungen durch die Beantwortung zu befürchten, wodurch der Indikator insgesamt wenig kritisch bewertet werde (OPK, S. 9).

Auch von anderen Stellungnehmenden werde kritisch gesehen, dass in jedem Behandlungsfall die Gesamtheit der im Indikator aufgeführten Maßnahmen zu prüfen sei aufgrund der Annahme, jede Patientin/ jeder Patient benötige weitergehende Behandlungs- oder Betreuungsmaßnahmen. Aufgrund dessen und darüber hinaus könne man nicht erwarten, dass im Falle von Kurzzeittherapien die Notwendigkeit einer Rezidivprophylaxe nach § 14 PT-RL zu prüfen sei, welche nur bei Langzeittherapien vorgesehen ist (BPtK, S. 25 f.; GKV-SV, S. 16 f.; KBV, S. 10; STN Expertin/Experte). Eine Umdeutung des Items im Sinne der Überlegung, die Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie zu verlängern sei nicht angemessen (BPtK, S. 25 f.). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation werde aus dem selben Grund gefordert, das Datenfeld 66 um die Antwortmöglichkeit „KZT oder Therapiekontingent unter 40 Stunden“ zu erweitern (KBV, S. 10.) Grundsätzlich sei es fachlich sinnvoll die Inhalte des Indikators zu dokumentieren, jedoch nur jene, die individuell zutreffen und nicht jede denkbare Maßnahme (DGPT, S. 5).

Des Weiteren stelle die Prüfung eine Mindestanforderung dar, wodurch die Validität des Indikators erwartbar gering und mit erwünschter Beantwortung zu rechnen sei (GKV-SV, S. 16 f.). Es sei überdies nicht klar, inwiefern die Prüfung der Notwendigkeit anschließender Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses beitrage (STN Expertin/Experte). Das Ziel sei sicherlich eher die Notwendigkeit, dies zu prüfen. Es sollte über eine Dropout-Option bzw. ein Zusammenziehen der „Möglichkeiten“ nachgedacht werden. Vor der Prüfung konkreter weiterer Schritte sollte die grundsätzliche Bedarfsklärung erfolgen (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Der Nenner wurde dahingehend geändert, dass nunmehr nur die Anzahl der Fälle, in denen die Notwendigkeit anschließender Maßnahmen auch besteht, um das Behandlungsergebnis abzusichern, in den Indikator eingeht. Zu diesem Zweck wurde auch eine entsprechende Filterfrage in der Operationalisierung ergänzt. Zudem wurde ein Datenfeld: „Wurde die Erforderlichkeit

einer weiteren Betreuung mittels eines psychotherapeutischen Gespräches geprüft? (Einzelbehandlung GOP 23220)“ (DF 36.1>) ergänzt, um diese in der Versorgungspraxis häufig gewählte Option abbilden zu können.

In einer Stellungnahme wurde darauf hingewiesen, dass die Prüfung der möglicherweise zu initiierenden anschließenden sozialpsychiatrischen bzw. psychosozialen und auch (teil-)stationären Maßnahmen zu einem deutlich früheren Zeitpunkt im Therapieverlauf vorzunehmen sei als vom IQTIG vorgesehen (KBV, S. 9 f.).

IQTIG: Grundsätzlich kann dies auch früher im Rahmen der Behandlung erfolgen bzw. dies außerordentlich sinnvoll sein. Der Indikator schließt dies nicht aus, sondern fordert, dass es spätestens im Rahmen der Therapiebeendigung erfolgen muss.

Von einem stellungnehmenden Mitglied des Expertengremiums wurde bemängelt, dass der, für die meisten Patientinnen und Patienten und auch objektiv zur Sicherung des Behandlungserfolgs wichtige Punkt, ob und wie die Behandlung fortgesetzt bzw. erneut aufgenommen werden könnte (anderes Verfahren, Setting), nicht berücksichtigt werde (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Die Regelungen zu Verlängerungen (Fortsetzungsanträgen) oder neu zu stellenden Therapieanträgen sind der Psychotherapie-Richtlinie oder der Psychotherapeuten-Vereinbarung zu entnehmen.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde erbeten, das Datenfeld 68 um einen Ausfüllhinweis zu ergänzen, der darlege, was unter „nicht ärztliche Behandelnde“ zu verstehen sei (KBV, S. 10).

In einer Stellungnahme wurde dagegen kritisiert, Datenfeld 68 sei unbestimmt und „arztzentriert“ formuliert. Da andere Leistungserbringer gemeint sind, sollten diese auch explizit genannt werden. Darüber hinaus sei der Nutzen des Datenfeldes fraglich, da es sehr wenige Fälle gäbe, in denen Ergo-, Soziotherapie oder häusliche psychiatrische Pflege zur Stabilisierung des Behandlungsergebnisse eingesetzt werden, was wiederum einem nicht zu rechtfertigenden Dokumentationsaufwand entgegenstehe. Dasselbe gelte für Datenfeld 70, die Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung sei insbesondere im Vorfeld und Verlauf der Psychotherapie von Bedeutung. Der Begriff der sozialpsychiatrischen bzw. psychosozialen Institutionen im Datenfeld 69 sei überdies unscharf und zu präzisieren (BPtK, S. 25 f.).

IQTIG: Das IQTIG prüft die entsprechenden Datenfelder.

4.6 Qualitätsaspekt „Outcome“

Die Adressierung des Qualitätsaspekts „Outcome“ wurde in den Stellungnahmen kontrovers diskutiert. Während es von zwei stellungnehmenden Organisationen kritisch gesehen wurde, dass für die Leistungserbringerdokumentation keine konkrete Outcome-Messung entwickelt wurde (GKV-SV, S. 11 ff.), wurde hingegen der Verzicht von Outcome-Messungen von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen begrüßt (DGPPN, S. 2; DGPM, S. 2; DKPM, S. 2; BPM, S. 2; BÄK, S. 17; DGPT, S. 7; STN Expertin/Experte). Aus ihrer Sicht wäre der Einbezug der Ergebnisqualität mit erheblichen methodischen Problemen verbunden und daher ließe sich eine vergleichende Outcome-Messung nicht als Qualitätsindikator nutzen. Der Grund hierfür sei, dass das Outcome einer Psychotherapie von einer Vielzahl an Faktoren abhängig sei und es kein allgemein anerkanntes wissenschaftliches Modell der Risikoadjustierung gebe, wobei zudem die Anzahl an zu kontrollierenden Variablen sehr hoch wäre. Zudem erstreckte sich die psychotherapeutische Behandlung über einen langen Zeitraum und im Rahmen komplexer, medizinischer, sozialer und psychotherapeutischen Geschehens, weshalb das Outcome einer Psychotherapie nicht kausal auf diese zurückgeführt werden könne (DGPPN, S. 2; DGPM, S. 2; DKPM, S. 2; BPM, S. 2; BÄK, S. 17; STN Expertin/Experte). Weiterhin wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation und einem Mitglied des Expertengremiums angemerkt, dass bei der Outcome-Messung die Gefahr der Patientenselektion bestehen würde (DGPT, S. 7; STN Expertin/Experte). Es wurde außerdem darauf hingewiesen, dass ein Vergleich zwischen den psychotherapeutischen Praxen keine Verbesserung der Qualität mit sich bringen würde, sondern zu einer Therapieanpassung führen würde, um die Qualitätsindikatoren zu erfüllen (STN Expertin/Experte). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass es jeder Fachgesellschaft frei stehen würde, für ihr Psychotherapieverfahren spezifische Outcome Indikatoren zu entwickeln und ihren Mitgliedern zur Verfügung zu stellen. Im Rahmen der Systemischen Therapie gehöre beispielsweise das Routine Outcome Monitoring (ROM) zunehmend zum „State of the Art“, wobei es allerdings aktuell nicht gesetzlich vorzuschreiben wäre (DGSGF, S. 2).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde kritisch angemerkt, dass keine leistungserbringerdokumentierten Ergebnisqualitätsindikatoren für die Q-Merkmale „Verbesserung der Symptomatik“, „Erreichen individueller Therapieziele“ und „Verbesserung der Funktionalität“ gefunden werden konnten. Die psychotherapeutische Behandlung habe das Ziel, „[...] die Erkrankungsschwere des Patienten zu verbessern, so dass dies auch messbar sein und tatsächlich gemessen werden sollte.“ Zudem seien die Behandlungsergebnisse objektiv und unabhängig von Therapieschulen. Es wurde darauf verwiesen, dass Ergebnisse und Outcomes von Psychotherapien bereits gemessen werden, beispielsweise mit den Core-Outcome Sets und dass auch die parallel in der Entwicklung

befindliche Patientenbefragung Outcomes voraussichtlich mithilfe mehrere Qualitätsindikatoren abdecken werde. Für die Leistungserbringerdokumentation wäre eine Outcome-Messung über die Erfassung von Ergebnisqualität anhand von Krankenhausaufenthalten nach Therapieende oder Varianzen der Arbeitsunfähigkeitszeiten denkbar. Das Expertengremium der Patientenbefragung sei hingegen zu der Einschätzung gekommen, dass Patient reported outcomes erfassbar wären und im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung verwendet werden könnten. Eine Erläuterung zu den unterschiedlichen Einschätzungen der Expertengremien wäre daher wünschenswert (GKV-SV, S. 11 ff.).

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde die Selektion der Q-Merkmale und Zuordnung dieser zur Patientebefragung hinterfragt (KBV, S. 10; BPtK, S. 27; PatV, S. 19; STN Expertin/Experte). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, die Q-Merkmale „Verbesserung der sozialen Teilhabe“, „Verbesserung der Lebensqualität“ und „Fertigkeiten und Strategien zur Krankheitsbewältigung“ über die Patientenbefragung abgebildet werden sollten, obwohl das IQTIG selbst argumentiere, dass es Abweichungen zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung gebe und das Therapieergebnis sich nicht eindimensional beurteilen lasse. Es sei daher nicht nachvollziehbar, dass das Outcome ausschließlich bei der Patientenbefragung verortet sein solle (KBV, S. 10). Dies wird von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation und einem Mitglied des Expertengremiums ebenfalls unterstützt, da das Behandlungsergebnis gemeinsam zu bewerten sei und dieses zu dokumentieren sei (PatV, S. 19; STN Expertin/Experte). Es handele sich bei dem Ergebnis des Therapieprozesses um eine Ko-Produktion zwischen der Psychotherapeutin bzw. dem Psychotherapeuten und der Patientin bzw. dem Patienten und könne nicht allein der Behandlerin bzw. dem Behandler zugeordnet werden. Zudem sei das Ausmaß der Zielerreichung kein Maßstab für den Therapieerfolg (STN Experte/Expertin). Es wurde weiterhin darauf hingewiesen, dass Indikatoren aus einer Patientenbefragung nur für das interne Qualitätsmanagement der Einrichtung in das QS-Verfahren aufgenommen werden könnten, da diese die methodischen Anforderungen an einen Indikator nicht erfüllen könnten (KBV, S. 10). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde ebenso hinterfragt, warum die drei Q-Merkmale nicht für die weitere Entwicklung selektiert wurden. Die Erläuterungen, dass diese auch in der Patientenbefragung verortet seien und das QS-Verfahren kein standardisiertes Instrument vorgeben dürfe, sei nicht nachvollziehbar, da sich diese Einschränkungen dann auch auf die anderen drei Q-Merkmale beziehen müssten (BPtK, S. 27).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass es in dem Abschnitt 5.6 keine Bezugnahme zum Q-Aspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“ gebe. Dies überrasche, da grundsätzlich die gleichen Fragen gestellt werden würden, nur zu einem früheren Zeitpunkt. Zudem

gelte die Problematik, „[...] dass sich patientenindividuell die behandlungsrelevanten Dimensionen deutlich unterscheiden können und es nicht indiziert ist, einen festen Kanon von Dimensionen vorzuschreiben, die bei allen Patient*innen in Richtlinienpsychotherapie zu erheben und zu dokumentieren sind“ für beide genannten Q-Aspekte. Des Weiteren sei hierbei eine mehrdimensionale Erfassung geboten (BPTK, S. 27). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde ebenso angemerkt, dass es teilweise Überschneidungen der Datenfelder mit denen des Indikators „Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie“ gäbe, wobei durch die zeitliche Nähe keine Änderungen zu erwarten seien. Zudem ging es bei dem Indikator teilweise um statistische Erhebungen, wovon die Patientinnen und Patienten keinen therapeutischen Nutzen mehr hätten (DGPT, S. 5 f.).

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen und einem Mitglied des Expertengremiums wurde der Indikator für die Beurteilung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie unterstützt (PatV, S. 19; OPK, S. 19; STN Expertin/Experte). Er sei verfahrensunabhängig und greife nicht in die Behandlung ein (STN Expertin/Experte). Zudem wurde es als sehr zielführend erachtet, dass es sich um einen Prozessindikator handle und keine spezifischen Erfassungsinstrumente hervorgehoben werden (OPK, S. 10; DGPM, S. 2; BPM, S. 2; DKPM, S. 2; BÄK, S. 17).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wird dem jedoch widersprochen, da Outcome als Prozessindikator ein zu niedrigschwelliger Ansatz sei. Es würde falsch positive Ergebnisse bzw. Deckeneffekte erzeugen und sei generell zu unspezifisch. Weiter wurde kritisiert, „[...] dass das Expertengremium und das IQTIG keine systematische und alle Patienten umfassende Ergebnismessung vorschlagen“ konnten, obwohl ein Verbesserungspotenzial bezüglich der systematischen Outcome-Erhebung klar bestünde (IQTIG Bericht S. 115) (GKV-SV, S. 17). Zudem wurde angemerkt, dass bei diesem Indikator Einschränkungen der Validität vorliegen würden, da eine Verneinung der Fragen kaum zu erwarten sei. Weiterhin seien keine Indikatoren zur Outcome-Messung vorgelegt worden, die nur fallbezogen sinnvoll umzusetzen wären (GKV-SV, S. 7 ff.).

Von mehreren anderen stellungnahmeberechtigten Organisationen und Mitgliedern des Expertengremiums wurde die Ergebnisqualität kontrovers diskutiert. Es seien Unschärfen im Bericht zu erkennen, die nahelegen, dass doch die Ergebnisqualität betrachtet werden solle, dies sollten daher geklärt werden (DGPM, S. 2; BPM, S. 2; DKPM, S. 2; DGPT, S. 3 ff.; STN Expertin/Experte). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass eine Definition des Begriffes „Outcome“ fehle. In psychodynamischen Verfahren ließen sich die Behandlungsergebnisse oft erst lange nach einer Behandlung adäquat erfassen (DGPT, S. 5 f.).

Es bliebe jedoch unklar, inwieweit zumindest die Therapiezielerreichung oder Fremdeinschätzung mithilfe der Clinical Global Impression of Improvement-Skala (CGI-I) als Option zur Abbildung des Outcomes als Ergebnisindikator trotz der Limitationen, welche durch die Vorgaben der Beauftragung des G-BA, umsetzbar sein könnten (BpTK, S. 27).

IQTIG: Das IQTIG weist ausdrücklich darauf hin, dass nur die für diese Behandlung patientenindividuell relevanten Behandlungsdimensionen zu betrachten sind. Die Erhebung des Behandlungsergebnisses ist in der Patientenakte zu dokumentieren, was die Information im Rahmen einer Datenvalidierung überprüfbar macht.

Die Abbildung von Ergebnisqualität war zudem in der Beauftragung als „Prüf-auftrag“ formuliert, der sich auf das Gesamtverfahren bezieht. Im Gesamtverfahren wird die Ergebnisqualität sowohl hinsichtlich des Prozesses als auch deiner konkreten Outcome-Erhebung adressiert.

Für eine Fremdbeurteilung festgelegter Outcomes wäre die Vorgabe konkreter Testinstrumente oder Testbatterien erforderlich, was durch die Beauftragung ausgeschlossen ist. Die Feststellung, dass Patient reported outcomes in der Psychotherapie möglich sind, steht dazu in keinem Widerspruch.

Die verpflichtende flächendeckende Erhebung von Therapieergebnissen ist als ein Einstieg zu bewerten und könnte perspektivisch im Rahmen der Systempflege weiterentwickelt werden. Es wird auch zu bedenken gegeben, dass Outcome-Indikatoren risikozuadjustieren sind, was insbesondere im Kontext der psychotherapeutischen Versorgung große Herausforderungen stellt.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass, im Gegensatz zur Symptomverbesserung, ein Störungsmanagement und die Teilhabeunterstützung ein klinisch sinnvoller Outcome-Kriterium wären. Der Grund hierfür sei, dass nahezu alle Patientinnen und Patienten eine chronische Erkrankung haben und vermehrt unter Teilhabe-Beeinträchtigungen leiden würden (DÄVT, S. 2).

IQTIG: Dem IQTIG liegen keine Erkenntnisse darüber vor, dass „nahezu alle Patientinnen und Patienten eine chronische Erkrankung haben und vermehrt unter Teilhabe-Beeinträchtigungen leiden“.

Eine explizite Betrachtung der Symptomverbesserung ist durch den vorgeschlagenen Indikator nicht gefordert. Zudem handelt es sich beim „Störungsmanagement“ und der „Teilhabeunterstützung“ nicht um klinische Outcomes im engeren Sinne, sondern vielmehr um Prozesse.

4.6.1 Qualitätsindikator „Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie“

Von mehreren Stellungnehmenden wurde das Datenfeld 73 „Grund der Beendigung dieser Richtlinien-therapie“ intensiv diskutiert (BPtK, S. 28; BÄK, S. 16; STN Expertin/Experte). Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde kritisch angemerkt, dass Datenfeld 73 nicht in die Indikatorberechnung mit ein-gehe und somit nicht die Möglichkeit bestünde, diesen Indikator aus der Grund-gesamtheit herauszurechnen. Es könne insbesondere bei einem Therapieabbruch nicht in allen Fällen vorausgesetzt werden, dass eine Erhebung der behandlungs-relevanten Dimensionen und der Therapiezielerreichung möglich sei (BPtK, S. 28; BÄK, S. 16). Zudem sollte gesondert erfasst werden, ob eine Beendigung der The-rapie durch „einen Wegzug in eine andere Region“, „eine terminale Erkrankung oder Tod“ bedingt war oder „ob es einen Therapeutenwechsel gab.“ Es wurde ebenso vorgeschlagen, eine Antwortkategorie einzufügen, die verdeutlicht, dass die beantragte Verlängerung der Behandlung von der Krankenkasse abgelehnt werde anstelle der Antwortkategorien „Verlängerung beantragt“ und „Stunden-kontingent erschöpft“ (BPtK, S. 28). Auch von einem Mitglied des Expertengremi-ums wurde angemerkt, dass die Antwortoption „Verlängerung beantragt“ unnötig sei, da die Therapie noch nicht als beendet angesehen werden könne. Weiterhin sei fraglich, warum zwischen dem Erhebungsdatum und Enddatum der Therapie unterschieden werden sollte (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Ungeplante Beendigungen, die durch „Wegbleiben“ des Patienten/der Patientin begründet sind, sind unter Therapieabbruch subsumiert und werden aus dem Indikator herausgerechnet.

Das Datum der Erhebung des Behandlungserfolgs und das Datum des doku-mentierten Therapieendes können, müssen aber nicht zwingend identisch sein.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass die gesonderte Erhebung der Datenfelder 74 und 76 sachgerecht sei. Allerdings sollte im Sinne der Datensparsamkeit geprüft werden, ob die Frage nach der Dokumen-tation direkt in den jeweiligen Datenfeldern ergänzt werden könnte (BPtK, S. 28).

IQTIG: Entsprechend den methodischen Vorgaben ist pro Datenfeld jeweils nur eine Information zu erheben.

Von einem Mitglied des Expertengremiums wurde angemerkt, dass sich die Er-gebnisse der Psychotherapie in psychodynamischen Verfahren noch nach Been-digung der Therapie weiter verbessern würden. Es habe daher erst eine Katam-nese nach ca. einem Jahr eine wirkliche Aussagekraft. Es sei außerdem wichtig zu berücksichtigen, dass ein wesentlicher Anteil des Behandlungserfolges unabhän-gig von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten sei (STN Exper-tin/Experte).

IQTIG: Es ist zutreffend, dass ein Outcome nicht nur bei Behandlungsende, sondern zu unterschiedlichen Zeitpunkten erhoben werden kann und auch die Langzeitwirkung oder Nachhaltigkeit eines Behandlungserfolgs für die Qualitätssicherung von Interesse ist.

Durch den empfohlenen Indikator soll zunächst eine systematische Ergebniserhebung für möglichst alle Fälle etabliert werden. Dies ist Voraussetzung für ggf. weitere Entwicklungen im Rahmen der Systempflege. Dabei ist grundsätzlich zu beachten, dass mit zunehmender Dauer zwischen Behandlung und Outcome-Erhebung die Zuschreibbarkeit zum Leistungserbringer herausfordernder wird.

4.7 Nicht berücksichtigte Qualitätsaspekte

In drei Stellungnahmen wurde kritisiert, dass die therapeutische Beziehung, welche einer der bedeutendsten Wirkfaktoren und „einer der wichtigsten und robustesten Qualitätsindikatoren für ein gutes Behandlungsergebnis“ sei, nicht als Q-Aspekt berücksichtigt wurde und nicht in einem Indikator gemündet sei (DÄVT, S. 2; DGPM, S. 2; DKPM, S. 2; BPM, S. 2; STN Expertin/Experte). Dies könnte zu einer begrenzten Validität des geplanten QS-Verfahrens führen (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Wie im Abschnitt 4.1.4 des Zwischenberichts zum entwickelten Qualitätsmodell 20 19 ausgeführt, lässt sich die therapeutische Beziehung grundsätzlich mittels psychometrischer Messinstrumente abbilden. Aufgrund der sehr individuellen und vor allem schwer zu erhebenden Einflussfaktoren ist es jedoch fraglich, inwieweit die therapeutische Beziehung als Qualitätsaspekt adressiert werden kann oder geeignet ist, die Qualität psychotherapeutischer Leistungen auf Leistungserbringerebene zu unterscheiden. Auch bereits in den im Rahmen der AQUA-Konzeptskizze geführten Gesprächen mit Expertinnen und Experten wurde es als kritisch angesehen, die therapeutische Beziehung als Qualitätsaspekt für die Zwecke der vergleichenden externen Qualitätssicherung zu verwenden: Dies könne u. a. zu dem Fehlanreiz führen, dass Therapeutinnen und Therapeuten überwiegend Patientinnen und Patienten auswählen, für die der Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung als eher unproblematisch eingestuft wird.

Somit stellt die therapeutische Beziehung zwar einen zentralen Wirkfaktor und einen patientenrelevanten Qualitätsaspekt dar, ist aber ungeeignet, um in einem QS-Verfahren adressiert zu werden.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde vor dem Hintergrund der Novellierung des § 136a Abs. 2a SGB V und der damit zu berücksichtigenden Strukturqualität gefordert, den Q-Aspekt „Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung“ zu untersuchen. Auch sollten die im Rahmen der Literaturrecherche identifizierten ungleichen Zugangschancen zur Richtlinien-Psychotherapie durch

eine Überarbeitung der Bedarfsplanung ausgeräumt werden (PatV, S. 13). In einer anderen Stellungnahme wurde angemerkt, dass die fehlende Berücksichtigung des Q-Aspekts „Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung“ der Zielsetzung „einer flächendeckenden Information zum psychotherapeutischen Versorgungsgeschehen“ entgegen stehen würde. Die Wartezeit auf eine Behandlung sei eine relevante Kennzahl für die Einschätzung der Versorgungssituation (SM BWL, S. 2).

IQTIG: Wie im Abschnitt 4.1.1 des Zwischenberichts zum entwickelten Qualitätsmodell 2019 u.a. ausgeführt wurde, könnten die durch diesen Qualitätsaspekt adressierten Themen grundsätzlich durch eine retrospektive Abfrage bei den Patientinnen und Patienten erfasst werden. Der betrachtete Versorgungspfad beginnt allerdings frühestens mit der psychotherapeutischen Sprechstunde. Beauftragungsbedingt kann der zeitlich vorangehende Zugang bis zur psychotherapeutischen Sprechstunde nicht Bestandteil des zu entwickelnden QS-Verfahrens sein. Die Beeinflussbarkeit des Verbesserungsbedarfs durch den einzelnen Leistungserbringer erscheint durch die von ihm geleistete Umsetzung der strukturellen Änderungen ausgeschöpft. Eine weitere darüber hinausgehende Beeinflussbarkeit hinsichtlich des Verbesserungsbedarfs durch den Leistungserbringer ist nicht erkennbar, da die Ressourcen und Behandlungskapazitäten der/des einzelnen Psychotherapeutin/Psychotherapeuten begrenzt sind. Vielmehr sind Verantwortliche auf der Systemebene z. B. in der Bedarfsplanung gefordert, weitere strukturelle Verbesserungen zu ermöglichen.

Im Ergebnis wird dieser Qualitätsaspekt trotz weiterhin bestehenden Verbesserungsbedarfs nicht für das Qualitätsmodell selektiert.

5 Umsetzungs- und Auswertungskonzept

5.1 Datenquelle/Erhebungsinstrument

Von einer der stellungnahmeberechtigten Organisation wurde aufgrund methodischer Limitationen und aufgrund des entstehenden (Dokumentations-) Aufwands vorgeschlagen, eine Umstellung von einer fallbezogenen auf eine einrichtungsbezogene Dokumentation zu erwägen (GKV-SV, S. 3, 17). Mit einer Einrichtungsbefragung könne der Effekt der „Sensibilisierung und Edukation“ ebenso gut wie mit einer fallbezogenen Dokumentation erreicht werden und es bestünden ggf. Synergieeffekte mit einer geplanten zukünftigen Abfrage von Strukturqualitätsmerkmalen (GKV-SV, S. 9). Insgesamt wurde von dieser stellungnahmeberechtigten Organisation in einer einrichtungsbezogenen Erhebung ein besseres Aufwand-Nutzen-Verhältnis gesehen, daher solle auf eine Einrichtungsbefragung umgestellt werden (GKV-SV, S. 8, S. 9). Auch eine andere stellungnahmeberechtigte Organisation sah aufgrund des eher edukativen Charakters und der etablierten Standards in der ambulanten Psychotherapie ein besseres Aufwand-Nutzen-Verhältnis in der Datenquelle einrichtungsbezogene Dokumentation (BPtK, S. 11, 29, 31). Bei der Abwägung zwischen den beiden Datenquellen/Erhebungsmethoden müsse auf der anderen Seite aber auch berücksichtigt werden, dass eine – wenn auch wesentlich weniger umfangreiche – fallbezogene QS-Dokumentation für die Auslösung der Patientenbefragung vonnöten sei (GKV-SV, S. 9). Auch wenn der Auftrag explizit die Entwicklung einer fallbezogenen QS-Dokumentation zum Gegenstand habe, solle eine umfassende Analyse der Stärken (z. B. zusätzlicher Nutzen) und Schwächen des Erhebungsinstruments vorgenommen werden (BPtK, S. 31).

IQTIG: Die verschiedenen in der QS nutzbaren Datenquellen decken sowohl komplementäre als auch überlappende Informationen über die Versorgungsqualität ab. Durchgeführte Prozeduren und erreichte Ergebnisse können durch die fallbezogene QS-Dokumentation abgebildet werden, während Strukturparameter sich mit einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation abfragen lassen. Bei einer einrichtungsbezogenen Dokumentation bleibt der Aufwand für die Leistungserbringer geringer als bei einer fallbezogenen. (IQTIG 2019) S.51

Theoretisch wäre eine einrichtungsbezogene Auslösung und Erhebung für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie möglich und auch die Organisation von Prozessen wäre theoretisch abfragbar. Allerdings ist im Auftrag die Entwicklung eines „fallbezogenen Instrumentariums“ vorgesehen (G-BA 2018), S. 3. Zudem wurden bereits in der Konzeptskizze des AQUA-Instituts der Nutzen des Fallbezugs gegenüber dem Einrichtungsbezug dargestellt (AQUA 2015). Mithilfe einer fallbezogenen Erhebung ist eine zielgenauere QS möglich, wobei

durch die durchschnittlich sehr geringe Fallzahl pro Jahr und Leistungserbringer der Dokumentationsaufwand für den einzelnen Leistungserbringervertreter bleibt.

Mithilfe einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation werden Aussagen zu Prozessen (z.B. Kooperation) hochaggregiert und ließen keine Berücksichtigung bestimmter Fallkonstellationen zu (z. B. Ablehnung durch Patientinnen und Patienten oder Nichtvorhandensein eines Mitbehandelnden)) zu. Der Aufwand ließe sich kaum reduzieren – auch eine QS-Software wäre trotzdem erforderlich. Daher empfiehlt das IQTIG eine fallbezogene QS-Dokumentation, da mit dieser Erhebungsmethode/Datenquelle eine stärkere Verbesserung der Qualität erwartet wird. Zudem wird die Anschlussfähigkeit des QS-Verfahrens an die Standarddokumentation sichergestellt sowie die Kompatibilität mit der ebenfalls beauftragten Patientenbefragung. Die zusätzliche Beauftragung einer Einrichtungsbefragung z. B. zur Erhebung von Strukturparametern obliegt dem G-BA.

5.2 Vollerhebung und länderbezogenes Verfahren

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation hält die für das QS-Verfahren geplante Vollerhebung sowie die länderbezogene Durchführung aufgrund der Versorgungsstruktur für gut nachvollziehbar (GKV-SV, S. 17).

Dagegen wurde von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation die „entgegen § 299 Abs. 1 Satz 4 SGB V“ geplante Vollerhebung der Leistungserbringer kritisch gesehen, u.a. auch da bei der großen Zahl an Leistungserbringern mit erheblichen organisatorischen Aufwänden (z. B. für das Stellungnahmeverfahren für die LAGen) gerechnet werden müsse (KBV, S. 3, 11). Daher erscheine eine Stichprobenerhebung sinnvoller (KBV, S. 3). Der „hohe technische, administrative und personelle Aufwand“ durch eine Vollerhebung wird auch von anderen stellungnahmeberechtigten Organisationen kritisiert (BÄK, S. 19; DGPM, S. 3; DKPM, S. 3; DGPPN, S. 3; BPM, S. 3). So müsse gerade vor dem Hintergrund der umfangreichen, fallbezogenen QS-Dokumentation der Einsatz eines Stichprobenverfahrens geprüft werden (BPtK, S. 29).

IQTIG: Das Ziehen einer Stichprobe an Leistungserbringern wäre zwar eine theoretische Option für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie, die jedoch keine faire, vergleichende Bewertung ermöglicht. Das Ziehen einer Stichprobe an Patientinnen und Patienten ist angesichts der geringen Fallzahl pro Leistungserbringer problematisch und wäre nicht kompatibel mit der ebenfalls beauftragten Patientenbefragung, da dabei aufgrund des nicht-vollständigen Rücklaufs der Fragebögen mit einer kritischen Verkleinerung der Beurteilungsbasis je Leistungserbringer zu rechnen ist. Zu bedenken ist auch, dass für dieses

QS-Verfahren angedacht ist, dass die angeschlossenen Behandlungsfälle dokumentationspflichtig (i.S.d. Pflicht zur Übermittlung des Datensatzes) werden, aber prozessbegleitend über die vergleichsweise lange Behandlungszeit dokumentiert werden soll. Das bedeutet, dass ohnehin alle Leistungserbringer fallbezogen dokumentieren müssten, auch wenn später im Ergebnis einer Stichprobenziehung keine QS-Pflicht bestünde. Hauptsächlich wären aber durch das Ziehen einer Stichprobe die Wirkmechanismen der QS eingeschränkt: Zwar könnten im Sinne der Versorgungsforschung repräsentative Daten erzielt werden, die Mehrzahl der statistisch auffälligen Leistungserbringer würde jedoch nicht erkannt und keine Qualitätsverbesserungen eingeleitet werden. Auch für die Patientinnen und Patienten lägen im Sinne der Transparenz nur zu einem eingeschränkten Kreis an Leistungserbringern Qualitätsinformationen vor, so dass die Möglichkeiten zur Auswahl eines Leistungserbringers auf Basis aktueller Qualitätsinformationen limitiert wären.

Eine Abschätzung des Aufwands im Stellungnahmeverfahren ist erst nach der Machbarkeitsprüfung möglich. Aktuell werden die Anforderungen im QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie als erreichbar eingeschätzt, so dass keine extrem hohe Zahl an statistisch auffälligen Leistungserbringern zu erwarten ist. In den großen Bundesländern können mehr als eine Expertenkommission eingerichtet werden, um eine zügige Bearbeitung des Stellungnahmeverfahrens zu gewährleisten.

5.3 Anbindung Telematikinfrastruktur

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass das QS-Verfahren – zur Erhöhung der Akzeptanz – „gut implementiert werden“, „geringe technische oder zeitliche Ressourcen in Anspruch nehmen“, „gut bedienbar“ und technisch einwandfrei und erprobt sein sollte (STN Expertin/Experte). Hierzu sollte es in bestehende Praxisprogramme integriert werden (STN Expertin/Experte).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde die Nutzung des Diensts KIM über die TI als nachvollziehbar bezeichnet (BÄK, S. 7). Allerdings werde „der Echtbetrieb für KIM erst für das laufende Jahr 2021 anvisiert“, sodass wenig Erfahrungen vorlägen (BÄK, S. 7). Zudem handle es sich um einen Paradigmenwechsel hinsichtlich des Datenflusses, der vom G-BA unabhängig vom QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie vorgenommen werden müsse (BÄK, S. 7).

Eine der stellungnahmeberechtigten Organisationen geht davon aus, dass trotz des geringen Digitalisierungsgrads psychotherapeutischer Praxen „die Anwendung elektronischer Dokumentationsbögen für die fallbezogene QS-Dokumentation flächendeckend möglich sein wird“ (PatV, S. 20). Eine andere stellungnahmeberechtigte Organisation fand es daher nachvollziehbar, dass die QS-Software in

die Abrechnungssoftware integriert wird (GKV-SV, S. 18). Eine stellungnahmeberechtigte Organisation merkte an, dass sichergestellt werden müsse, dass die Systeme zur QS-Dokumentation mit der Praxissoftware kompatibel sind (KBV, S. 11). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angesichts des Digitalisierungsgrades in den Praxen mit einem hohen initialen Aufwand gerechnet (BÄK, S. 11).

Von einer der stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde kritisiert, dass das IQTIG die Vor- und Nachteile bzw. Limitationen verschiedener Optionen zur Datenerfassung und Datenübermittlung nicht hinsichtlich Akzeptabilität, Effizienz und Sicherheit diskutiere bzw. keine abschließende Empfehlung gebe (GKV-SV, S. 18).

IQTIG: Bei der Erstellung einer Spezifikation für die QS-Dokumentation arbeitet das IQTIG mit Softwareanbietern zusammen, die neben der QS-Software auch Praxissoftware herstellen. Wie im Vorbericht ausgeführt, hat sich das IQTIG aufgrund der komplexen Herausforderung bzgl. der technischen Umsetzung daher bereits frühzeitig im Rahmen der Indikatorenentwicklung mit spezialisierten Softwareanbietern ausgetauscht.

Die Kompatibilität der QS-Dokumentation mit der Praxissoftware ist dabei ein Gegenstand der Machbarkeitsprüfung. Die QS-Softwareprogramme müssen durch die KVen akkreditiert werden.

Das IQTIG empfiehlt, den neuen Datenfluss unter Nutzung der Telematikinfrastruktur am Beispiel der ambulanten Psychotherapie einzuführen und ggf. anschließend auch dies auch für andere QS-Verfahren zu prüfen.

5.4 Auslösung, prozessbegleitende Dokumentation und Vollzähligkeit

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde die vorgeschlagene Auslösung am Therapieende begrüßt, da gleichzeitig eine Vollzähligkeitsprüfung erfolgen könne (GKV-SV, S. 18). Es erscheine dabei unproblematisch, dass die Dokumentation prozessbegleitend erfolge, aber die Auslösung zur Pflicht der Übermittlung des Dokumentationsbogens (Dokumentationspflicht) am Therapieende (GKV-SV, S. 18). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurden Erläuterungen zu der Problematik erbeten, dass Abrechnungen quartalsweise erfolgten und daher bis zu drei Monate zwischen Beginn der Behandlung und der Öffnung des Dokumentationsbogens entstehen könnten (KBV, S. 11). Für eine andere stellungnahmeberechtigte Organisation ergibt sich ein Problem hinsichtlich einer prozessbegleitenden Dokumentation daraus, dass sich einige Datenfelder auf Leistungen beziehen, die insbesondere in den psychotherapeutischen Sprechstunden und in den probatorischen Sitzungen durchgeführt werden, und bei akuten Behandlungsfällen, in denen der Richtlinienpsychotherapie eine Akutbehandlung vorangeht (BPtK, S. 28f.).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde hinsichtlich der Vollzähligkeit darauf hingewiesen, dass Selektivverträge zu Richtlinienpsychotherapien existierten (BPtK, S. 30; KBV, S. 12). Für deren Berücksichtigung brauche es eine Lösung (BPtK, S. 30) bzw. eine Aussage seitens des IQTIG für die Einbeziehung in den Soll-Ist-Abgleich (KBV, S. 12).

IQTIG: Das IQTIG schlägt – wie im Vorbericht festgehalten – eine Auslösung am Therapieende mit der Abrechnung einer entsprechenden GOP-Ziffer vor. Der Dokumentationsbogen für die fallbezogene Dokumentation öffnet sich bereit zu Therapiebeginn mit der ersten psychotherapeutischen Sitzung (GOP siehe Anhang B.4), sodass prozessbegleitend dokumentiert werden kann. Die Eröffnung eines Dokumentationsbogens erfolgt mit der Eintragung einer psychotherapeutischen GOP in der Praxissoftware des Leistungserbringers, sollte diese erst am Quartalsende erfolgen ist ein entsprechender Zeitverzug nicht zu vermeiden, wird aber als unkritisch angesehen. Auftragsgemäß werden bei der Entwicklung des QS-Verfahrens die psychotherapeutische Sprechstunde, die psychotherapeutische Akutbehandlung, die probatorischen Sitzungen und die Rezidivprophylaxe berücksichtigt (G-BA 2018), S. 2.

Leistungen, die beim selben Therapeuten bereits im Rahmen der Sprechstunde, Probatorik oder Akutbehandlung erbracht wurden (z.B. Diagnostik), zählen für die Indikatoren entsprechend inhaltlich mit. Nur wenn eine psychotherapeutische Sprechstunde oder Akutbehandlung nicht bei der gleichen Therapeutin / dem gleichen Therapeuten wie die ggf. spätere Richtlinien-Psychotherapie erfolgt, können dem dokumentierenden Leistungserbringer die Daten, die beispielsweise die Diagnostik in der psychotherapeutischen Sprechstunde betreffen, nicht vorliegen. Um jedoch den im Beteiligungsverfahren von den stellungnehmenden Organisationen geäußerten Bedenken Rechnung zu tragen, wurden bei den Datenfeldern zur Diagnostik entsprechende Ausfüllhinweise aufgenommen. Fälle, bei denen nur eine psychotherapeutische Sprechstunde oder eine probatorische Sitzung – und keine ambulante RL-Psychotherapie – erfolgt, werden nicht in die Grundgesamtheit des QS-Verfahrens eingeschlossen.

Der Bericht wurde in Abschnitt 7.2.5 entsprechend angepasst: So sind dem Institut einzelne Selektivverträge, in deren Rahmen Richtlinien-Psychotherapien stattfinden, mitgeteilt worden. Unbekannt ist jedoch, ob und welche Selektivverträge über die GOPs des EBM abrechnen und welche über eigene Abrechnungssysteme vergütet werden. Ausgelöst werden können nur Fälle, bei denen eine GOP zum Therapieende abgerechnet wird. In diesen Fällen ergibt sich für die Ermittlung der Vollzähligkeit durch das IQTIG keine besondere Problematik: In § 15 Abs. 2 DeQS-Richtlinie ist festgelegt und bereits etabliert, dass selektivvertragliche Leistungen von den Leistungserbringern an die Datenannahmestelle für Selektivverträge übermittelt und von dort an das IQTIG

weitergeleitet werden (jährliche Sollstatistik). Das IQTIG kann aus den übermittelten QS-Daten und der Sollstatistik die Vollzähligkeit berechnen.

5.5 QS-Dokumentation und Datenfelder

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass „das Prinzip der Datensparsamkeit [...] bei Erhebung und Übermittlung beachtet werden“ sollte (STN Expertin/Experte). Datensparsamkeit werde auch von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation für wichtig erachtet (DGPT, S. 8). Eine stellungnahmeberechtigte Organisation merkte an, dass die QS-Dokumentation mit 77 Datenfeldern mit einem „hohen technischen, administrativen und personellen Aufwand“ verbunden sei (BÄK, S. 11, 19). Eine andere stellungnahmeberechtigte Organisation kritisierte die hohe Zahl an Datenfeldern vor dem Hintergrund von Aufwands-Nutzen-Gesichtspunkten (BPtK, S. 11). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde der Aufwand zur Dokumentation der Datenfelder insbesondere bei Kurzzeittherapien für unangemessen gehalten (STN Expertin/Experte). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde dieses Argument bestärkt sowie eine Vergütung des Dokumentationsaufwands gefordert, um den Anreiz für kurze Therapien nicht zu konterkarieren (STN Expertin/Experte). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wird gefordert, die QS-Dokumentation um Datenfelder „mit Hinweisen auf besondere Patientenkonstellationen“ zu ergänzen, um solche Fälle bei der Indikatorrechnung aus der Grundgesamtheit ausschließen zu können (BÄK, S. 18).

Einer stellungnahmeberechtigten Organisation ist es wichtig, dass keine Übermittlung „konkreter Daten wie Outcomes und Therapieziele“ erfolgt (STN Expertin/Experte).

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation merkte an, dass die QS-Dokumentation anders als in somatischen Leistungsbereichen in die Versorgungsprozesse eingreife, da erstmals Dokumentationen verpflichtend eingeführt werde (BÄK, S. 18f.). Daher würde es nicht mehr nur um die Einhaltung etablierter Standards, sondern um das Setzen neuer Standards gehen. Aus diesem Grund sei – wie auch im Bericht beschrieben – eine hohe Akzeptanz der Dokumentation vorausgesetzt (BÄK, S. 18f.). Von der stellungnahmeberechtigten Organisation wurde jedoch weiter ausgeführt, dass gerade deshalb die Anzahl der Datenfelder als wenig anwenderfreundlich eingestuft werde und Überarbeitungsbedarf aufgrund von Inkonsistenzen und inhaltlicher Widersprüche bestünde (BÄK, S. 18). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde das Risiko gesehen, dass viele Therapeutinnen und Therapeuten die betreffenden Prozesse als Selbstverständlichkeiten betrachteten, deren recht aufwändige zusätzliche Dokumentation dadurch mit Akzeptanzproblemen einhergehen könnte (GKV-SV, S. 7).

Aufgrund der langen Beobachtungszeiten bei psychotherapeutischen Psychotherapien stellt eine stellungnahmeberechtigte Organisation die Frage nach einer

Softwarelösung für kalenderjahresübergreifende Dokumentation bzw. ob dies bereits mit den Softwareanbietern besprochen wurde (GKV-SV, S. 18).

IQTIG: Gemäß § 135a SGB V sind Leistungserbringer zur Teilnahme an der gesetzlichen QS verpflichtet – die QS-Dokumentation wird (im ambulanten Bereich) über neue fallbezogene GOPs vergütet werden, sofern die Vertragspartner nichts Abweichendes vereinbaren. Nach § 38 Psychotherapie-Richtlinie müssen psychotherapeutische Leistungen ohnehin dokumentiert werden. Bei einer Schätzung zum Aufwand bei der QS-Dokumentation können nicht 77 Datenfelder zugrunde gelegt werden. Der Datensatz enthält auch administrative Datenfelder sowie zahlreiche Filterfragen, sodass die auf eine Filterfrage folgenden Datenfelder für zahlreiche Leistungserbringer entfallen. Aufgrund der Datenfeldsystematik werden komplexe Datenfelder mit vielen Items vermieden. Das IQTIG prüft im Nachgang des Beteiligungsverfahrens eine weitere Optimierung der Datenfelder.

Die empfohlene QS-Dokumentation entspricht im Ergebnis in weiten Teilen der von der BPTK empfohlenen Standarddokumentation, zudem ist eine grundsätzliche verpflichtende Einführung einer Standarddokumentation ohnehin vorgesehen ist (§ 136a Abs. 2a SGB V).

Ob aus den Grundgesamtheiten der Indikatoren zusätzlich weitere Fälle mit besonderen Merkmalen ausgeschlossen werden müssen, kann frühestens nach der Machbarkeitsprüfung und Erprobung festgestellt werden sowie perspektivisch im Regelbetrieb durch das entsprechende Expertengremium geprüft werden. Grundsätzlich ist das Verfahren gezielt diagnose- und verfahrensübergreifend ausgerichtet. Die Herausnahme einzelner Patientinnen und Patienten erfordert sehr konkrete inhaltliche Festlegungen sowie eine empirische Überprüfung.

Eine Übermittlung von konkreten, patientenindividuellen Therapieziele und Outcomes erfolgt nicht, stattdessen werden die Erfüllung einzelner Prozesse (z. B. Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf) und das Eintreten eines definierten Ergebnisses (Erhebung des Behandlungsergebnisses) abgefragt.

Die Spezifikationen für die QS-Dokumentation wird auf Therapien, die über den Jahreswechsel hinausgehen, ausgerichtet werden.

5.6 Zweijähriger Auswertungszeitraum

Während eine stellungnahmeberechtigte Organisation hinterfragte, ob die Zahl an Therapien in einem zweijährigen Auswertungszeitraum ausreiche, um valide Qualitätsaussagen zu treffen bzw. einen Vergleich zwischen den Praxen vorzunehmen (STN Expertin/Experte), begrüßte eine andere stellungnahmeberechtigte Organisation die Ausführungen und Begründungen des IQTIG zu dem zweijährigen Auswertungszeitraum (PatV, S. 20f.). Mehrere stellungnahmeberechtigte Organisationen bedauerten jedoch gleichzeitig, dass aufgrund des zweijährigen Auswertungszeitraumes bewertete Ergebnisse für die Leistungserbringer und im Bundesqualitätsbericht erst sehr zeitverzögert vorlägen (PatV, S. 21) und damit der Bezug zwischen kritischem Ereignis, Stellungnahme und qualitätsfördernden Maßnahmen entkoppelt werde (KBV, S. 10f.) sowie Rückmeldung quantitativer Informationen und qualitativer Auffälligkeiten an die Praxen auseinanderfielen (STN Expertin/Experte). Eine weitere stellungnahmeberechtigte Organisation sah ein erhöhtes Risiko darin, dass sich die Rahmenbedingungen veränderten und sich dadurch Vergleichbarkeit und Zuschreibbarkeit reduzierten (KBV, S. 10f.).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde erwartet, dass im Vorbericht bereits Regelungsbedarfe (z. B. Fristen), die sich aus dem zweijährigen Auswertungszeitraum ergeben, beschrieben werden (GKV-SV, S. 18).

IQTIG: Im Median werden jährlich je ärztliche bzw. Psychologische psychotherapeutische Praxis 31 bis 50 Patientinnen und Patienten mit Richtlinien-Psychotherapie versorgt. Aufgrund der geringen Zahl an innerhalb eines Jahrs abgeschlossener Psychotherapien wurde ein zweijähriger Auswertungszeitraum vorgeschlagen. Trotz des entstehenden Zeitverzugs zwischen Therapieende und möglichem Stellungnahmeverfahren, Qualitätsförderung und öffentlicher Berichterstattung bleibt das IQTIG aufgrund der geringen Fallzahlen je Leistungserbringer bei dieser Empfehlung. Ein jährlicher Wechsel der in die Auswertung einbezogener Leistungserbringer wird nicht empfohlen, obwohl damit der Aufwand bei den LAGen gleichmäßiger verteilt werden könnte, da auf diese Weise kein simultaner Vergleich der Leistungserbringer mehr möglich würde.

Die Sicherstellung der Vergleichbarkeit und Zuschreibbarkeit ist eine Aufgabe des IQTIG im Rahmen der Verfahrenspflege (z. B. Anpassung von Abrechnungscodes oder Aufgreifen aktualisierter Evidenz). Darüber hinaus kann vom G-BA eine Evaluation des QS-Verfahrens vorgesehen werden.

Eine Erarbeitung von Regelungsbedarfen wird erst nach der Bearbeitung des geplanten Folgeauftrags zu Gruppentherapien und zur Strukturqualität sinnvoll möglich. Für die Umsetzung des Auswertungskonzepts sind dann Regelungsbedarfe im Bereich des Berichtswesens sowie zur Berechnung statistischer Auffälligkeiten gegeben.

5.7 Datenvalidierung

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation stellte fest, dass bei der Datenvalidierung, dem Abgleich mit der Patientenakte oder einer zukünftig einzuführenden standardisierten Dokumentation, Vertraulichkeit und Schweigepflicht in besonderer Weise geprüft werden müssten (DGPM, S. 4; DKPM, S. 4; DGPPN, S. 4f.; BPM, S. 4). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde konstatiert, dass die Rahmenbedingungen in der somatischen Medizin und in der Psychotherapie nicht gleichzusetzen seien und daher bei der Datenvalidierung die besondere Vertraulichkeit einer Psychotherapie zu beachten sei: Daher wurde die Datenvalidierung mit Aktenabgleich von dieser stellungnahmeberechtigten Organisation kritisch gesehen (BÄK, S. 7). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angeführt, dass die Psychotherapien einem strengen Datenschutz unterliege und überaus sensible Daten enthielten, sodass Akteneinsicht „nur unter sehr klaren und strengen Auflagen erfolgen“ könne, um keinen Vertrauensverlust der Betroffenen zu riskieren (KBV, S. 12). In einer Stellungnahme wurde ausgeführt, dass die stichprobenartige Validierung der QS-Datensätze anhand der Patientenakten mit erheblichen Datenschutzproblemen verbunden sei und dadurch die therapeutische Beziehung belastet würde. Es werde empfohlen, von diesem Vorgehen abzusehen (STN Expertin/Experte). Eine andere stellungnahmeberechtigte Organisation sieht noch offene Fragen zur Schweigepflicht (DGPPN, S. 6).

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation argumentierte, dass die Datenvalidierung angesichts der großen Zahl an Leistungserbringer nur bei einer sehr geringen Stichprobe von Einrichtungen praktisch realisierbar sein werde (GKV-SV, S. 8). Das IQTIG wurde „daher darum gebeten, Kalkulationen zur Prüfquote (bezogen auf Einrichtungen und auf Fälle pro Jahr) zur Validierung der fallbezogenen Daten unter Berücksichtigung der Versorgungsstruktur zu ergänzen, sowie die Umsetzbarkeit der Datenvalidierung auf Landesebene durch die LAGen einzuschätzen“ (GKV-SV, S. 8).

IQTIG: Die Datenvalidierung per Abgleich mit der Patientenakte ist in der stationären QS langjährig erprobt. Auch in Krankenhäusern und auch in der Somatik enthalten die Patientenakten vertrauliche Inhalte und sensible zu schützende personenbezogene Gesundheitsdaten. Hierbei werden Vertraulichkeitserklärungen eingesetzt bzw. die Landesdatenschutzgesetze und andere datenschutzrechtliche (z.B. trägerspezifische) Vorgaben eingehalten. Ggf. wird die Datenvalidierung per Aktenabgleich durch eine Institution mit dem Recht auf Akteneinsicht durchgeführt.

Der rechtliche und konzeptionelle Rahmen für eine Datenvalidierung per Aktenabgleich für den ambulanten Bereich ist in der DeQS-Richtlinie (Teil 1, § 16

und Teil 2, § 13) noch nicht festgelegt. Prüfquoten werden in diesem Rahmen vorgegeben werden.

5.8 Stellungnahmeverfahren und Qualitätsförderung

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation merkt an, dass die große Zahl an dokumentierenden Leistungserbringern eine „enorme Belastung“ für die Fachkommissionen der LAGen werde (BPtK, S. 29). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde der „hohe technische, administrative und personelle Aufwand“ hervorgehoben (BÄK, S. 19). Eine andere stellungnahmeberechtigte Organisation erwartete die Erörterung der Vorteile einer zweijährlichen Einleitung von Stellungnahmeverfahren und Bewertung der Ergebnisse gegenüber einer jährlichen Bewertung der in zwei Gruppen geteilten Leistungserbringer (GKV-SV, S. 18f.). Bei dieser Vorgehensweise könnten Qualitätsbewertungen und Rückmeldung zeitlich näher am Erfassungszeitraum erfolgen (GKV-SV, S. 18f.). Darüber hinaus seien angesichts der geplanten Vollerhebung Überlegungen zum Umsetzungskonzept anzustellen bzw. konkreter zu beschreiben, mit welcher Zahl an Auffälligkeiten auf Seiten der LAGen für Stellungnahmeverfahren und Qualitätsförderung zu rechnen sei. Dabei solle auch die Möglichkeit der Verwendung von Indizes erörtert werden (GKV-SV, S. 19).

IQTIG: Der Vorteil eines Stellungnahmeverfahrens in zweijährlichem Rhythmus ist, dass ein Benchmarking aller Leistungserbringer stattfinden kann, sodass im Sinne der Transparenz vergleichbare Qualitätsinfos für alle Leistungserbringer zum gleichen Zeitpunkt vorliegen. Das IQTIG erkennt jedoch die o. g. Vorteile einer jährlichen Bewertung der in zwei Gruppen geteilten Leistungserbringer an. Damit es hinsichtlich Stellungnahmeverfahren und Qualitätsförderung nicht zu einer zu großen Arbeitsbelastung für die Landesfachkommissionen an den LAGen kommt, sowie Rückmeldung bzw. Ergebnisbewertung nicht zeitlich zu weit von der Datenerfassung liegen, wird vorgeschlagen, mehrere, parallel arbeitende Landesfachkommissionen pro LAG in den großen Bundesländern zu bilden. Durch die große Zahl an Leistungserbringern ist dies einerseits notwendig und wird andererseits auch als möglich eingeschätzt, zumal durch den Wegfall des Gutachterverfahrens Ressourcen bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten frei werden dürften. Daher könnte – entgegen des Vorschlags im Vorbericht, S. 137 – die Frist bis zum Abschluss der qualitativen Bewertung entsprechend der übrigen DeQS-Verfahren nach DeQS-Richtlinie bis zum 31. Oktober des dem Erfassungsjahr folgendes Jahres geregelt werden. Dies wurde im Bericht in Abschnitt 7.7 entsprechend angepasst.

Eine Schätzung der Zahl an Auffälligkeiten bzw. des Aufwands der LAGen für Stellungnahmeverfahren und Qualitätsförderung kann erst nach der Machbarkeitsprüfung vorgenommen werden.

Bei einer Verwendung von Indizes könnten die Qualitätsergebnisse nicht mehr nach Therapiephasen differenziert werden, sodass eine Analyse von Qualitätsdefiziten in den einzelnen Phasen nicht mehr möglich wäre.

5.9 Auswertungen und Aussagen

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation kritisierte die Aussage des IQTIG, dass mit dem QS-Verfahren Informationen über das Versorgungsgeschehen gewonnen werden. Das Indikatorenset müsse insofern präzisiert werden, dass klar wird, über welche Bereiche der Versorgung Aussagen getroffen werden können und über welche nicht und welche Schlussfolgerungen aus den Auswertungen der Qualitätsindikatoren gezogen werden können (STN Expertin/Experte). Dabei eröffnen zahlreiche aggregierte Auswertungsmöglichkeiten Spielraum für interessegeleitete Interpretationsmöglichkeiten, weil die Praxen hinsichtlich ihrer Patientenzahl sehr unterschiedlich seien (STN Expertin/Experte). So merkte eine stellungnahmeberechtigte Organisation an, dass vorab zu klären sei, wer Datenhalter (z. B. Krankenkassen, KVen) seien (DÄVT, S. 3). So blieben auch für eine andere stellungnahmeberechtigte Organisation Fragen hinsichtlich Datensicherheit (Speicherung und Sicherung, Zugriffsrechte, Aufbewahrungsdauer, Nutzung, Verknüpfungsmöglichkeiten mit anderen Datenquellen) offen, daher wurde ein spezifisches Datenschutzkonzept wie auch ein spezifisches Datennutzungskonzept gefordert (DGPT, S. 6, 8).

In Bezug auf geringe Fallzahlen bei einem Leistungserbringer wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation eine fehlende Aussage des IQTIG zu der Frage kritisiert, ab welcher Fallzahl eine Auswertung „nicht mehr sinnvoll“ sei und welches Vorgehen in solchen Situationen vorgeschlagen werde (KBV, S. 10).

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation stimmte dem IQTIG zu, dass im Rahmen des Auswertungskonzeptes eine übergreifende Abstimmung mit der Patientenbefragung erfolgen sollte, damit dem G-BA Empfehlungen für das Gesamtverfahren vorgelegt werden könnten (PatV, S. 21).

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation stellte die Frage, wie festgestellt werden soll, ob das QS-Verfahren die Qualität verbessert, wenn unklar ist, ob die Indikatoren verlässliche und relevante Aussagen über die Qualität der Versorgung machen. Das QS-Verfahren muss zunächst evaluiert werden, auch unter Berücksichtigung etwaiger negativer Wirkungen. Eine Aufwand-Nutzen-Analyse müsse zuvor erfolgen (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Das IQTIG wird im Rahmen des Aufbaus des Regelbetriebs Musterberichte erstellen, sodass die Art und Weise der Auswertungen der Qualitätsindikatoren deutlich wird. Datenhalter ist – wie bei einem Verfahren nach DeQS-Richtlinie üblich – der G-BA. In § 10 Abs. 2 DeQS-Richtlinie ist festgelegt, dass die Bundesauswertungsstelle bzw. das IQTIG die Daten auswertet. Das IQTIG

hat ein QS-Verfahrens-übergreifendes Datenschutzkonzept, das die Richtlinien des G-BA ergänzt. Datenschutzrechtliche Belange werden in den Themenspezifischen Bestimmungen der DeQS-Richtlinie durch den G-BA festgelegt, und werden durch den Bundesdatenschutzbeauftragten geprüft.

Hinsichtlich einer Konkretisierung der erwartenden Zahl an Fällen pro Leistungserbringer (abgeschlossene Behandlungsfälle) wird nochmal darauf hingewiesen, dass die entsprechenden GOP erst Mitte 2020 eingeführt wurden. Es kann also davon ausgegangen werden, dass dazu erstmals im Jahr 2022 Zahlen vorliegen.

Das IQTIG schlägt für die quantitative Auffälligkeitseinstufung zur Auslösung eines Stellungnahmeverfahrens die Verwendung eines statistischen Verfahrens vor. Bei der quantitativen Auffälligkeitseinstufung von Ergebnissen der Leistungserbringer mit Hilfe der sogenannten statistischen Auffälligkeit wird die mögliche Variabilität bei den jährlichen Behandlungsergebnissen berücksichtigt. Es wird anerkannt, dass auch bei Leistungserbringern, die die Qualitätsanforderungen eines Qualitätsindikators erfüllen, aufgrund von stochastischen Schwankungen in einzelnen Jahren das beobachtete Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs liegen kann. Erst wenn das Indikatorergebnis so weit außerhalb vom Referenzbereich liegt, dass die Erklärung durch stochastische Schwankungen nicht mehr plausibel erscheint, wird ein Leistungserbringer als statistisch auffällig eingestuft. Insgesamt gilt, dass die gewonnene statistische Einschätzung der Qualität im anschließenden Stellungnahmeverfahren fachlich überprüft werden soll, da es zu besonderen Versorgungskonstellationen kommen kann, die nicht über die Datenerfassung und damit über die Rechenregeln des Indikators abgebildet werden. Dabei berücksichtigt die statistische Auffälligkeitseinstufung bereits die Fallzahl. Jedes interessierende Ereignis generiert statistische Evidenz dafür, dass ein Qualitätsdefizit vorliegt, während nicht-interessierende Ereignisse diese Evidenz wieder nivellieren. Je größer die Fallzahl ist, desto eindeutiger ist daher in der Regel die statistische Evidenz. Trotzdem kann die statistische Evidenz bei vorgegebenem Referenzwert und Signifikanzniveau auch bei niedrigen Fallzahlen hinreichend für weitere Schritte sein. Dies wurde entsprechend im Bericht ergänzt.

Bevor der G-BA ein QS-Verfahren in den Regelbetrieb einsetzt, indem er eine Richtlinie oder eine Themenspezifische Bestimmung beschließt, ermittelt er zunächst die Aufwände im Rahmen der Bürokratiekostenermittlung nach § 5a Abs. 1 seiner Verfahrensordnung. Eine Evaluation des Verfahrens anhand der Ergebnisse z. B. bezüglich der Wirksamkeit des Verfahrens ist im Rahmen des Bundesqualitätsberichts vorgesehen in Teil 1 § 20 DeQS-Richtlinie und kann darüber hinaus vom G-BA in den Themenspezifischen Bestimmungen verfahrensspezifisch beschlossen werden.

5.10 Berichtswesen

Aufgrund der Länge der Psychotherapien über mehrere Jahre bemängelt ein Vertreter des Expertengremiums, dass Rückmeldeberichte nur alle zwei Jahre erstellt würden (STN Expertin/Experte). Eine andere stellungnahmeberechtigte Organisation schlägt im Sinne der Transparenz vor, dass bereits über das erste Erfassungsjahr ein „orientierender Zwischenbericht“ erstellt werden solle (GKV-SV, S. 19). Zu den rollierenden Auswertungen sollten zudem einfache Jahresauswertungen an die Leistungserbringer rückgemeldet werden (GKV-SV, S. 19).

Quartalsweise Zwischenberichte wurden von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen für verzichtbar gehalten (PatV, S. 21; GKV-SV, S. 19). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurden hingegen mindestens halbjährliche Zwischenberichte gefordert, um flexibles Agieren durch die Leistungserbringer zu ermöglichen (KBV, S. 11). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde das Berichtswesen insgesamt als aufwändig bezeichnet (BÄK, S. 19).

IQTIG: Im Bericht wurde verdeutlicht, dass die Rückmelde- und Zwischenberichte jährlich im Wechsel erfolgen und dabei Indikatorergebnisse jeweils über die beiden einzelnen Erfassungsjahre als auch über den vergangenen Zweijahreszeitraum (rollierende Auswertung) enthalten. Ein erster Zwischenbericht über das erste Erfassungsjahr wurde im Bericht in Abschnitt 7.6.1.1 eingefügt. Halbjährliche Zwischenberichte zur Rückmeldung an die Leistungserbringer sind grundsätzlich ebenso möglich wie quartalsweise Zwischenberichte, werden vom IQTIG jedoch ebenso aufgrund des Aufwands nicht empfohlen. Das IQTIG hält das Berichtswesen für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie mit jährlichen Berichten bei weitgehend automatisiertem Berichtswesen nicht für zu aufwändig im Vergleich zum Nutzen einer (Zwischen-)Rückmeldung, inwiefern bei einem Leistungserbringer Qualitätsziele erreicht wurden bzw. ein Stellungnahme zur Beurteilung eines etwaigen Qualitätsdefizits erforderlich ist.

5.11 Verwendung von Sozialdaten

Von einer stellungnehmenden Organisation wurde konstatiert, dass es sinnvolle Möglichkeiten gebe, Sozialdaten einzubeziehen (KBV, S. 4). Einerseits könnte damit eine Risikoadjustierung ermöglicht werden, andererseits könnten auf datensparsame Weise wichtige Daten zur Erleichterung der QS-Dokumentation erhoben werden (KBV, S. 4, 12): Eine stellungnehmende Institution regt an, hierzu insbesondere Daten zu Medikamenten, stationären Aufenthalten und Facharztkonsultationen zu prüfen (KBV, S. 12). In der Realität hätten viele Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten schon die Erfahrung gemacht, dass den erkrankten Menschen nicht bewusst sei, welche Angaben wichtig sind, wenn sie

nach Medikamenten gefragt würden und daher wichtige Informationen oft nicht an die Behandelnden weitergegeben würden (KBV, S. 12). Betroffene wüssten oft nicht, dass sie Medikamente erhalten, die die Therapie beeinflussen könnten oder unter in den Bereich der Psychopharmaka fielen (KBV, S. 12). Eine solche Medikation könnte das Outcome einer Therapie erheblich beeinträchtigen. Weiterhin sei es auch möglich, dass Patientinnen und Patienten einen kurzen stationären Aufenthalt aus Scham verschwiegen oder nicht wollten, dass alle Behandelnden voneinander wissen. Diese Informationen könne das QS-Verfahren mithilfe von Sozialdaten einbeziehen (KBV, S. 12). Der Einsatz von Sozialdaten sollte durch das IQTIG erneut geprüft werden (KBV, S. 4).

IQTIG: Sozialdaten bei den Krankenkassen erlauben es, den Behandlungsverlauf anhand von kodierten Informationen zu Diagnosen und Prozeduren sowie Arzneimitteln in die Qualitätsbewertungen einzubeziehen. Zudem fällt bei den Leistungserbringern kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand an. (IQTIG 2019) S.51 Das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie könnte daher von der Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen durchaus profitieren. So sieht auch der Auftrag des G-BA vor, dass das IQTIG Sozialdaten bei der Entwicklung in Betracht zieht (G-BA 2018), S. 3). Bereits in der Konzeptstudie des AQUA-Instituts ist dargestellt worden, dass Sozialdaten bei den Krankenkassen für ein QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie nur sehr eingeschränkt nutzbar wären (AQUA 2015). Im Rahmen des nun vorgelegten Berichts war eine Entwicklung sozialdatenbasierter Indikatoren nicht möglich, da die entsprechenden GOPs unspezifisch sind und noch nicht in den verwendeten Sozialdaten vorlagen. Konkret treffen die für die ambulante psychotherapeutische Versorgung derzeit vorliegenden GOP die adressierten Inhalte der empfohlenen Indikatoren nicht oder nicht umfassend genug. Hinzu kommt, dass beispielsweise Informationen zu Medikation oder stationären Aufenthalt im Sinne der Indikatoren frühzeitig im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung dem Therapeuten bekannt sein sollen, das Erheben über Sozialdaten hätte zwingend die Folge, dass diese Informationen erst mit (jahre)langer Verzögerung nach Behandlungsende vorlägen, was die Qualitätsziele der Prozessindikatoren verfehlen würde.

6 Machbarkeitsprüfung

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde es begrüßt, dass das Indikatorenset sehr gut mit den Empfehlungen der BpTK kompatibel sei. Zum einen fördere es die Akzeptanz des Verfahrens und zum anderen würde es eine sehr gute Grundlage bilden, um Dokumentationen übergreifend zu nutzen und unnötige Doppelungen zu vermeiden. Zudem werde die Fokussierung auf relevante Themen in der dokumentationsbasierten Indikatorenentwicklung begrüßt (KBV, S. 7).

Die Durchführung einer Machbarkeitsprüfung wurde in den Stellungnahmen kontrovers diskutiert. Während sie von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen befürwortet wurde (KBV, S. 11; BÄK, S. 7 f.; DGPM, S. 3; DPR, S. 1, DGPT, S. 8; STN Expertin/Experte), wurde von einigen stellungnahmeberechtigten Organisationen angemerkt, dass diese erst empfohlen sei, wenn die im Vorbericht gestellten Grundsatzfragen nachvollziehbar beantwortet seien. Hierfür bedürfe es eine Überarbeitung des Vorberichts bzw. eine gezielte Nachbeauftragung des IQTIG (BVDM-BVDP, S. 3; DGPPN, S. 6).

Es wurde zudem angemerkt, dass eine Kosten-Nutzen-Analyse durchgeführt werden müsse (DGPT, S. 8) oder im Rahmen eines RCT die Indikatoren auf Haupt- und Nebenwirkungen untersucht werden müssten. Dies betreffe vor allem die Reliabilität und Validität der Instrumente (DÄVT, S. 3).

Von mehreren Stellungnehmenden wurde sich zu den inhaltlichen Schwerpunkten der Machbarkeitsprüfung geäußert. So solle im Rahmen derer die Praktikabilität der Datenfelder intensiv geprüft werden sowie unterschiedliche Versorgungskonstellationen in der Praxis untersucht werden. Des Weiteren sollten Musterrückmeldeberichte an die Leistungserbringer erfolgen, um ggf. Anpassungen für das Fachgebiet vorzunehmen (BÄK, S. 7 f.). Zudem sollte mithilfe der Machbarkeitsprüfung die Referenzbereiche überprüft sowie die Verfahrensunabhängigkeit und Indikationsfreiheit sichergestellt werden (STN Expertin/Experte).

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde sich zur Datenerhebung und Softwareumsetzung geäußert (KBV, S. 11; SG-DGSF, S. 1; DPR, S. 1). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde „eine Machbarkeitsprüfung zur Erprobung und Optimierung des Qualitätsindikatorenssets sowie der Erhebungsinstrumente inklusive der Bereiche Auslösung und Datenfluss“ ausdrücklich begrüßt. Der reale Aufwand sei allerdings nur abschätzbar, wenn in der Machbarkeitsprüfung die tatsächlich im Alltag genutzte Praxissoftware verwendet werden würde. Nur hiermit könne geklärt werden, wie viele Informationen tatsächlich aus der jeweiligen PVS übernommen werden könnten und ob die User Experience die Anwendung verbessern oder verschlechtern würde. Die Übertrag-

barkeit der Ergebnisse auf die reale Versorgungssituation wäre mit der Anwendung eines „Ideal-Programms“ mit nur max. 30 freiwillig teilnehmenden Leistungserbringern, laut des Methodenpapiers des IQTIG, retrospektiv nicht gegeben. Es wurde daher ein ausreichender Erprobungszeitraum sowie eine begleitende Evaluation vor dem Regelbetrieb dringend empfohlen (KBV, S. 11). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass in diesem Kapitel die empfohlene Anbindung der QS an die Telematik-Infrastruktur und Nutzung des KIM Dienstes nicht mehr erwähnt werde. Eine Voraussetzung hierfür wäre eine entsprechende Grundsatzentscheidung des G-BA (BÄK, S. 8). Weiterhin wurde durch eine weitere stellungnahmeberechtigte Organisation angemerkt, dass der unterschiedliche Digitalisierungsgrad in psychotherapeutischen Praxen in der Machbarkeitsstudie berücksichtigt werden sollte. Von einer digitalisierten und nicht-digitalisierten Struktur wird abgeraten, da dies vermutlich weniger wirtschaftlich sei (RKI, S. 1).

Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass die Datenerhebung bei dem Leistungserbringer möglichst weitestgehend aus der Primärdokumentation erfolgen müsse und diese dann automatisiert in den Dokumentationsbogen übertragen werden müsse. Eine manuelle Datenerhebung würde das Risiko einer schlechten Datenqualität erhöhen (DPR, S. 1).

IQTIG: Das IQTIG teilt die Einschätzung, dass eine Machbarkeitsprüfung zielführend sein kann und nimmt die Anregungen dazu zur Kenntnis.

7 Risikoadjustierung

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation und einem Mitglied des Expertengremiums wurde darauf hingewiesen, dass es patientenseitige, diagnose- und verfahrensabhängiger Faktoren gebe, die den Therapieprozess stark beeinflussen würden und daher zur Vergleichbarkeit der Leistungserbringer eine Risikoadjustierung notwendig wäre. Besonders Praxen mit dem Fokus auf Persönlichkeitsstörungen könnte durch eine Risikoadjustierung und dem Risiko einer Patientenselektion zugunsten gerechter Vergleichswerte wirkungsvoll entgegen gewirkt werden (KBV, S. 4, 12; STN Expertin/Experte).

IQTIG: Das IQTIG empfiehlt für die Indikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation derzeit ausschließlich Prozessindikatoren. Eine Risikoadjustierung ist für Ergebnisindikatoren verpflichtend vorzusehen.

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden das IQTIG gebeten sich dazu zu äußern, ob das Gutachterverfahren in der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen bestehen bleibe und ob Gruppentherapie auch ohne externe Qualitätssicherung durchführbar bleiben (DGPM, S. 4; BPM, S. 4).

IQTIG: Die Beantwortung dieser Fragen obliegt dem Gesetzgeber bzw. dem Gemeinsamen Bundesausschuss.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass es an einem Konzept bzw. Kriterien bezüglich der Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer fehle. Anhand dessen könnte entschieden werden, ob das Ergebnis „im Wesentlichen“ dem Leistungserbringer zugeschrieben werden könne oder wie im Rahmen der Analyse und Qualitätsförderung damit umgegangen werde. Eine zeitnahe Entwicklung sei besonders im Hinblick auf die Folgebeauftragung für Gruppentherapien notwendig, da hier noch komplexere Konstellationen von Leistungserbringern einbezogen werden können (GKV-SV, S. 12).

IQTIG: Das hier vorliegende Indikatorenset zielt ausschließlich auf die Psychotherapie im Einzelsetting, die von nur einem Leistungserbringer erbracht werden darf, nimmt aber den Problemaufriss prospektiv zur Kenntnis.

8 Verbesserungspotenzial

Von mehreren Stellungnahmeberechtigten wurde das Verbesserungspotenzial der Qualitätsmerkmale thematisiert. So sei es fraglich, ob mit dem QS-Verfahren eine Verbesserung der Versorgung erzielt werden könne, da mittels der Literaturrecherche und Fokusgruppen des IQTIG kaum Hinweise auf ein Verbesserungspotenzial gefunden werden konnten (BÄK, S. 17; DGPPN, S. 3; DKPM, S. 3; KBV, S. 5; DGPT, S. 2; BVDM/BVDP, S. 2; STN Expertin/Experte). Die Begründungen für den Indikator würden sich überwiegend auf die Fokusgruppenerkenntnisse beziehen und daher erscheine es insgesamt unklar, ob und in welchem Umfang ein Verbesserungspotenzial bestehe (BPtK, S. 15).

Von einer weiteren stellungnehmenden Person stammt der Hinweis, dass deutlich gemacht werden sollte, dass das beschriebene Verbesserungspotenzial sich nicht aus Studienergebnissen ableiten ließ und es darüber hinaus nur durch praktische Anwendung des QS-Verfahrens herauszustellen sei (STN Expertin/Experte). In einer Stellungnahme wurde weitergehend ausgeführt, dass zur Qualitätsförderung und Rechtfertigung zur Durchführung eines QS-Verfahrens ein Qualitätspotenzial sicher vorliegen müsse (KBV, S. 7). Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisation wurde gefordert, dass die Einführung des QS-Verfahrens aufgrunddessen mit einer wissenschaftlichen Begleitforschung verbunden sein sollte (DKPM, S. 3; KBV, S. 7). Durch ein Mitglied des Expertengremiums wurde vorgeschlagen, dass QS-Verfahren zunächst als Pilotstudie zur Identifikation der Verbesserungspotenziale zu erproben (STN Expertin/Experte).

IQTIG: Das IQTIG hat dies bereits im Vorbericht transparent gemacht und u.a. formuliert:

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass zwar Literatur zu den Wirkfaktoren vorliegt bzw. dazu, welche Faktoren das Outcome einer Psychotherapie beeinflussen, jedoch für den deutschen Versorgungskontext Studien und Daten zum konkreten Versorgungsgeschehen bzw. zu Versorgungsdefiziten (jenseits des Zugangsproblems) weitestgehend fehlen. Dies erschwert die Quantifizierung zu erwartender Verbesserungspotenziale erheblich. Ebenfalls nicht möglich zum jetzigen Zeitpunkt ist eine Schätzung, wie hoch der Anteil der Einrichtungen sein wird, die ggf. vom Referenzbereich abweichen werden. Hierzu können frühestens nach Abschluss einer Machbarkeitsprüfung oder ersten regelhaften Datenerhebungen Aussagen gemacht werden.

9 Umgang mit Kurzzeittherapien

Von mehreren Stellungnehmenden wurde Kurzzeittherapien im Rahmen des QS-Verfahrens thematisiert (KBV, S. 7; STN Expertin/Experte). Von Mitgliedern des Expertengremiums wurde kritisiert, dass der Umfang des Indikatorsets insbesondere bei Kurzzeittherapien unverhältnismäßig hoch sei und reduziert werden sollte (STN Expertin/Experte). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass insbesondere bei Kurzzeittherapien, die häufig nicht länger als 5 Sitzungen betragen, „[...] durch das ausführliche und wiederholte Ansprechen aller [behandlungsrelevanten] Dimensionen ein nicht angemessener Fokus gelegt werden“ würde (KBV, S. 7). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde hinterfragt, wie mit Patientinnen und Patienten umgegangen werden solle, die unter einer kurzfristigen passageren Störung leiden würden. Sollten die Prozesse der Kurzzeittherapie und Langzeittherapie genauso abgebildet werden (DÄVT, S. 2).

IQTIG: Das IQTIG empfiehlt die Indikatoren für den Einsatz sowohl in der Kurz- als auch Langzeittherapie. Eine Prüfung, wie mit extrem kurzen Therapien (i.S. einer „Mindestverweildauer“) ggf. umzugehen ist, kann frühestens im Rahmen einer Machbarkeitsprüfung erfolgen.

10 Gutachterverfahren und Qualitätssicherung

In einer Stellungnahme wurde erklärt, dass sowohl die Studie von Wittmann et al. (2011) als auch die fundierte Psychotherapie-Ausbildung in Deutschland darauf hinwiesen, dass das Gutachterverfahren nicht unverzichtbar sei. Das entwickelte QS-Verfahren entspreche dieser Auffassung indem es viele, wenn auch nicht alle, wesentlichen Aspekte einer qualitativ hochwertigen Behandlung adressiere. Es werde jedoch nicht als effizient angesehen, das Gutachterverfahren durch ein so umfassendes QS-Instrument zu ersetzen (STN Expertin/Experte).

Von mehreren Stellungnehmenden wurde kritisiert, dass im Vorbericht nicht ausreichend thematisiert worden sei, dass QS-Verfahren das etablierte Antrags- und Gutachterverfahren ablösen solle. Es werde die Gefahr gesehen, dass das Qualitätsniveau der Psychotherapie durch den Wegfall des Gutachterverfahrens gesenkt werden würde. Das IQTIG wird aufgefordert sich zu dieser Problematik lösungsorientiert zu äußern (DGPPN, S. 3 f.; DGPM, S. 3 f.; DKPM, S. 3 f.; BPM, S. 3 f.; STN Expertin/Experte).

Laut einer Stellungnahme sei es besorgniserregend, dass das Gutachterverfahren durch das entwickelte QS-Instrument zu ersetzen sei. Die mit dem Verfahren gelieferten Daten würden keine belastbare Basis für Allokationsentscheidungen bieten und die Rechtssicherheit der Leistungserbringer gegenüber den Krankenkassen werde fraglich sein. Dies sei bei der Richtlinienentwicklung zu berücksichtigen (SG/DGSF, S. 2).

IQTIG: Die Implementierung eines QS-Verfahrens und die Ablösung des Gutachterverfahrens sind durch den Gesetzgeber im SGB V geregelt.

Zusätzlich wird auf Abschnitt 2.6 des Berichts „Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenkassenversicherter – Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren“ des AQUA-Instituts von 2015 verwiesen.

In mehreren Stellungnahmen wurde ausgeführt, dass es fraglich sei wie die Qualitätssicherung für die Behandlung von Erwachsenen in Gruppentherapie und von Kindern und Jugendlichen aussehen werde. Das IQTIG sollte Stellung zu den Fragen nehmen, ob es in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie weiterhin ein Gutachterverfahren und in der Gruppentherapie Behandlungen ohne Qualitätssicherung geben werde (DGPPN, S. 4; DGPM, S. 4; DKPM, S. 4; BPM, S. 4).

IQTIG: Die hier angesprochenen Fragen liegen nicht im Kompetenzbereich des IQTIG.

11 Nutzen des QS-Verfahrens

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde der Nutzen und die Notwendigkeit des QS-Verfahrens kontrovers diskutiert. So wurden die externen QS-Maßnahmen im Rahmen der ambulanten Psychotherapie in einigen Stellungnahmen grundsätzlich begrüßt (DGPPN, S. 1; DKPM, S. 2; BPM, S. 2; DGPM, S. 2; DPR, 1; OPK, S. 11). Diese könnten einen Gewinn in der Versorgung darstellen, da sie die Transparenz des Leistungsgeschehen sowie die Patientensicherheit erhöhen würden (DGPPN, S. 1; DKPM, S. 2; BPM, S. 2; DGPM, S. 2). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass es wichtig sei, in der QS den Fokus weder zu sehr auf Prozesse, noch auf eindimensionale Ergebnisse zu richten, da dies nicht der realen psychotherapeutischen Versorgungssituation entspreche und nicht zum und nicht zum gewünschten Ergebnis führen würde. Es würden bereits bewährte Methoden zur QS und Qualitätsentwicklung innerhalb der Professionen vorliegen, wie beispielsweise die Verpflichtung zu kontinuierlichen Fortbildungen. Dennoch sei es unabdingbar, dass die QS-Instrumente weiterentwickelt werden würden, um „[...] systematische Fehlerquellen auch außerhalb des psychotherapeutischen Prozesses zu benennen und zu beheben.“ Das vorliegende QS-Verfahren sei hier ein erster Schritt (OPK, S. 11).

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen sowie Mitgliedern des Expertengremiums wurde Kritik an dem geplanten QS-Verfahren geäußert (DÄVT, S. 1, 3; DGPT, S. 1, S. 7; STN Expertin/Experte). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass die geplanten Maßnahmen nicht nachvollziehbar und nicht verhältnismäßig seien. Der gesetzliche Auftrag sei auch anders zu erfüllen. Es wurde von der Realisierung des QS-Verfahrens abgeraten, da große Zweifel daran bestehen würden, dass dieses einen Zugewinn zu den bisherigen QS-Maßnahmen darstelle (DÄVT, S. 1, 3). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass der durch das QS-Verfahren entstehende Aufwand unverhältnismäßig groß sei. Es wurden zudem die Fragen aufgeworfen, für wen diese große Datensammlung von Nutzen ist und ob sie der Qualitätsverbesserung oder eher der Kontrolle nutzen würden (DGPT, S.7). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation sowie einem Mitglied des Expertengremiums wurde darauf hingewiesen, dass ein Qualitätszuwachs durch das QS-Verfahren nicht erkennbar und es generell fraglich sei, ob es überhaupt möglich sei, „[...] ein sinnvolles verfahrensübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zu entwickeln, dass der Qualitätsentwicklung dient“ (DGPT, S. 1; STN Expertin/Experte). Von mehreren Mitgliedern des Expertengremiums wurde angemerkt, dass die QS-Logik in die therapeutischen Abläufe eingreifen würde. Es entstehe ein hoher Dokumentationsaufwand, da nicht mehr dokumentiert werde, um die Behandlung zu unterstützen, sondern um sich

abzusichern. Weiterhin könne durch das quantitative Erfassen von 77 Datenfeldern durch die Vielfalt der Praxen und Patientenklientel sowie Störungsbildern nicht zwischen „guten“ und „schlechten“ Kolleginnen und Kollegen unterschieden werden. Das QS-Verfahren werde mit der Definition der Referenzbereiche und deren Konsequenzen einen direkten Einfluss darauf haben, wie Therapien durchgeführt werden. Das QS-Verfahren könnte tatsächlich die Therapien verbessern, wenn es diese Vorgaben nicht gebe (STN Expertin/Experte).

12 Patientenbefragung

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass die Patientenbefragung eine zentrale Bedeutung im Rahmen des QS-Verfahrens habe, welches durch die Zuordnung der selektierten Qualitätsaspekte zu den Datenquellen des QS-Verfahrens begründet wurde. Es wurde begrüßt, dass eine wechselseitige Ergänzung inhaltlich ausgesprochen sinnvoll sei (OPK, S. 3). Da die Indikatoren der Patientenbefragung nicht bekannt seien, kann das Gesamtindikatorenset aber nicht abschließend beurteilt werden (KBV, S. 3; DGPT, S. 2; DGPPN, S. 2, 5; OPK, S. 3; STN Expertin/Experte). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hin gewiesen, dass dies wünschenswert gewesen wäre, da die Entwicklung der Patientenbefragung im August 2021 abgeschlossen werden soll und dementsprechend die Indikatoren vermutlich annähernd feststünden. Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde ausgeführt, dass durch das fragmentierte Vorgehen des IQTIG zu keinem Zeitpunkt das vollständige QS-Verfahren betrachtet werden könne und wesentliche Elemente des gesamten Verfahrens, wie das vollständige Indikatorset, dem G-BA erst mit dem Abschlussbericht der Patientenbefragung vorliegen werden (KBV). Von mehreren Stellungnehmenden wurde daher gefordert, ein erneutes Beteiligungsverfahren nach dem Vorliegen beider Abschlussberichte zu ermöglichen, da dies unumgänglich sei (KBV, S. 3; DGPT, S. 8; DGPM, S. 2; DKPM, S. 2; BPM, S. 2) bzw. integrierte Berichte vorzusehen, um die Interaktion besser beurteilen zu können (OPK, S. 3). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass auch eine Gesamtaussage zum QS-Verfahren erst möglich sei, wenn das Instrument der Patientenbefragung sowie die Entwicklungsergebnisse geplanter weiterer Folgebeauftragungen des G-BA abschließend vorliegen (BÄK, S. 19).

IQTIG: Der Zeitpunkt der Beteiligungsverfahren sowohl für den Zwischenbericht zur Entwicklung der Patientenbefragung als auch für den Vorbericht zur Entwicklung der dokumentationsbasierten Indikatoren entspricht den „Methodischen Grundlagen V1.1“ des IQTIG (IQTIG 2019).

Da die Anmerkungen der Stellungnehmenden nachvollzogen werden können, prüft das IQTIG die Möglichkeit einer zusammenfassenden Darstellung des gesamten Indikatorensets im Abschlussbericht zur Entwicklung der Patientenbefragung.

Die Patientenbefragung als Teil des QS-Verfahrens wurde in den Stellungnahmen teilweise kontrovers diskutiert. Einerseits wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation die Einbeziehung der Patientenbefragung in das QS-Verfahren als gleichberechtigte Methode ausdrücklich begrüßt (PatV, S. 5). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass in dem

künftigen QS-Verfahren der Patientenbefragung eine „[...] bedeutendere Rolle hinsichtlich der Herstellung von Transparenz und der Qualitätsförderung zukommen wird, im Verhältnis zu den klassischen dokumentationsbasierten/selbstberichteten Indikatoren der Leistungserbringer [...]“ und somit „[...] wichtige, patientenrelevante Prozess- und Ergebnisparameter durch erwartbar valide Indikatoren“ abdecken werde (GKV-SV, S. 4).

Andererseits wurde von einer anderen Stellungnahmeberechtigten darauf hingewiesen, dass aus methodischer Sicht Indikatoren aus einer Patientenbefragung ausschließlich für das interne Qualitätsmanagement der Einrichtungen in das QS-Verfahren aufgenommen werden könnten, da die Anforderungen an einen Qualitätsindikator auch laut des Methodenpapiers des IQTIG nicht erfüllt werden könnten (KBV, S. 10). Von zwei weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde dazu geraten, „die generierten Daten der gesetzlichen QS anhand der Patientenbefragung zu validieren, teilweise durch Ergebnisindikatoren zu ergänzen und zur Erforschung und Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung einzusetzen“ (SG/DGSF, S. 1).

IQTIG: Im Ergebnis der Konzeptstudie wurde die Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie ausdrücklich empfohlen (IQTIG 2019) und nachfolgend auch durch den G-BA beauftragt.

Einige Anmerkungen in den Stellungnahmen zielen grundsätzlich auf die Entwicklung von Patientenbefragungen bzw. auf Fragen der Umsetzung von Patientenbefragungen als Instrumente der externen Qualitätssicherung ab. Diesbezüglich wird darauf hingewiesen, dass die „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG kontinuierlich weiterentwickelt werden, wobei vor der Veröffentlichung aktualisierter Versionen jeweils separate Stellungnahmeverfahren durchgeführt werden. Die „Methodischen Grundlagen“ (IQTIG 2019) stellen die wissenschaftlichen Arbeitsgrundlagen des IQTIG als fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut nach § 137a SGB V dar. Sie umfassen die Methoden der Entwicklung, Weiterentwicklung und Durchführung von QS-Verfahren im Auftrag des G-BA. Auch die Entwicklung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie wird auftragsgemäß in Übereinstimmung mit den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG durchgeführt.

Der Abschlussbericht zur Entwicklung der Patientenbefragung, wird am 15. Dezember 2021 dem G-BA übermittelt.

Literatur

- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2015): Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter. Konzeptskizze. Stand: 13.10.2015. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-032. URL: https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/413_Ambulante_Psychotherapie/Konzeptskizze_Ambulante_Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 02.08.2018).
- Beard, JIL; Delgadillo, J (2019): Early response to psychological therapy as a predictor of depression and anxiety treatment outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety* 36(9): 866-878. DOI: 10.1002/da.22931.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter. [Stand:] 17.05.2018. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3334/2018-05-18_IQTIG-Beauftragung_QS-Verfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf (abgerufen am: 24.06.2019).
- Schawohl, A; Odenwald, M (2018): Häufigkeit und Risikofaktoren des Therapieabbruchs in einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz: Der Einfluss von riskantem Alkoholkonsum zu Therapiebeginn. *Verhaltenstherapie* 28(4): 222-228. DOI: 10.1159/000492086.