



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psycho- therapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 28. Februar 2019

Impressum

Thema:

Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell

Ansprechpartnerin:

Fanny Schoeler-Rädke

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

17. Mai 2018

Datum der Abgabe:

28. Februar 2019

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	5
Abkürzungsverzeichnis.....	6
Zusammenfassung	7
1 Einleitung.....	10
1.1 Hintergrund	10
1.2 Beauftragung durch den G-BA	12
2 Versorgungspraxis und versorgungspolitischer Rahmen	13
2.1 Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie	13
2.2 Neuer Versorgungsablauf	18
2.3 Aktualisierte Zahlen zur Versorgungspraxis.....	21
2.4 Qualitäts- und Forschungsinitiativen	25
3 Methodisches Vorgehen	28
3.1 Literaturrecherche/-analyse	28
3.1.1 Ziel der Literaturrecherche und -analyse	28
3.1.2 Recherchekonzept.....	29
3.1.3 Methodisches Vorgehen zum Screening der Leitlinien/Studien und zur Themenextraktion	31
3.2 Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie mit psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	31
3.2.1 Ziele der Fokusgruppen.....	31
3.2.2 Planung und Rekrutierung für die Fokusgruppen	32
3.2.3 Ethikvotum und Datenschutzkonzept	41
3.2.4 Topic Guides	41
3.2.5 Durchführung der Fokusgruppen.....	41
3.2.6 Kurzfragebögen	42
3.2.7 Auswertung des Datenmaterials.....	42
3.2.8 Beschreibung der Patientinnen und Patienten aus den Fokusgruppen	43
3.2.9 Beschreibung der ambulant tätigen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus den Fokusgruppen	46
3.3 Hintergrundgespräche mit Expertinnen und Experten.....	47

3.4	Empirische Analysen	47
3.4.1	Anonymisierte Sozialdaten bei den Krankenkassen	47
3.4.2	Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.....	50
4	Ergebnisse	52
4.1	Patientenrelevante Qualitätsaspekte der Versorgung	52
4.1.1	Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung.....	52
4.1.2	Diagnostik.....	55
4.1.3	Indikationsstellung	57
4.1.4	Therapeutische Beziehung	58
4.1.5	Informationen zu den Rahmenbedingungen	60
4.1.6	Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen	61
4.1.7	Information und Aufklärung zur Diagnose.....	63
4.1.8	Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie.....	65
4.1.9	Gemeinsame Behandlungsplanung.....	66
4.1.10	Therapiezielvereinbarung	67
4.1.11	Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung	68
4.1.12	Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf.....	70
4.1.13	Kooperation.....	72
4.1.14	Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes	73
4.1.15	Outcome.....	75
4.2	Qualitätsmodell.....	78
4.2.1	Nicht selektierte Qualitätsaspekte	78
4.2.2	Selektierte Qualitätsaspekte	78
4.2.3	Vorläufige Einschätzung zur Eignung der verfügbaren Datenquellen zur Abbildung der Qualitätsaspekte.....	79
5	Voraussetzungen für eine mögliche Umsetzung.....	81
6	Fazit	85
	Literatur.....	86

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verteilung von codierten Diagnosegruppen nach ICD-10-GM in der betrachteten Grundgesamtheit (eigene Berechnungen)	23
Tabelle 2: Die zehn am häufigsten codierten Diagnosen nach ICD-10-GM in der betrachteten Grundgesamtheit (eigene Berechnungen)	23
Tabelle 3: Anzahl der Patientinnen und Patienten, für die im 2. Halbjahr 2017 mindestens einmal eine GOP für ein Richtlinienverfahren abgerechnet wurde (Daten Kassenärztliche Bundesvereinigung 2017)	25
Tabelle 4: Anzahl der Patientinnen und Patienten, für die im 2. Halbjahr 2017 mindestens einmal eine GOP für die Sprechstunde, Akutbehandlung oder probatorische Sitzung abgerechnet wurde (Daten Kassenärztliche Bundesvereinigung 2017)	25
Tabelle 5: Geplante Anzahl der Fokusgruppen und Charakteristika für die Patientinnen und Patienten	34
Tabelle 6: Geplante Anzahl der Fokusgruppen und Charakteristika von ambulant tätigen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	39
Tabelle 7: Charakteristika der Patientinnen und Patienten aus den Fokusgruppen	44
Tabelle 8: Charakteristika der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Fokusgruppen	46
Tabelle 9: Erforderliche anonymisierte Daten – Datenbestände	48
Tabelle 10: Vorläufige Einschätzung zur Eignung der verfügbaren Datenquellen zur Abbildung der Qualitätsaspekte	79

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Versorgungspfad	20
Abbildung 2: Altersverteilung der Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie in 2016 (eigene Berechnungen)	22
Abbildung 3: Anzahl der psychotherapeutischen Praxen aufgeteilt nach der Anzahl der dort jeweils behandelten Patientinnen und Patienten in 2017 (Daten Kassenärztliche Bundesvereinigung 2017)	24
Abbildung 4: Qualitätsmodell mit selektierten Qualitätsaspekten	79

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erklärung
AP	analytische Psychotherapie
AQUA	AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EJ	Erfassungsjahr
Fg	Fokusgruppe
FG	Facharztgruppe
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GOP	Gebührenordnungsposition
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision – German Modification
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
LANR	lebenslange Arztnummer
MW	Mittelwert
PTV	Psychotherapievereinbarung
QS	Qualitätssicherung
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
TP	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
VT	Verhaltenstherapie

Zusammenfassung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit dem Beschluss vom 17. Mai 2018 das IQTIG mit der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden, sektorspezifischen Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahrens) zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter beauftragt.¹ Zielgruppe eines zukünftigen QS-Verfahrens, das diagnose- und therapieverfahrensübergreifend angelegt sein soll, sind Patientinnen und Patienten (≥ 18 Jahre), die eine psychotherapeutische Kurzzeit- oder Langzeittherapie bei ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Anspruch nehmen. Ziele sind u. a. die Qualitätsförderung und die Untersuchung und Messung qualitätsrelevanter Prozesse im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung. Im Zuge der Entwicklung soll auch geprüft werden, inwieweit Aspekte der Ergebnisqualität erfasst werden können. In die Entwicklung sind die vom G-BA im Dezember 2015 abgenommene Konzeptskizze des AQUA-Instituts für ein ebensolches QS-Verfahren sowie die zum 16. Februar 2017 in Kraft getretene Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)² einzubeziehen.

In einem ersten Entwicklungsschritt sollte die AQUA-Konzeptskizze überprüft und vor dem Hintergrund der neuen Psychotherapie-Richtlinie sowie unter Einbezug der Patientenperspektive aktualisiert und ein Qualitätsmodell im Sinne einer Konzeptstudie auf der Basis der „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG abgeleitet werden.

Welche psychotherapeutischen Leistungen in Deutschland zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden können, ist in der Psychotherapie-Richtlinie geregelt. Derzeit können in Deutschland die Verhaltenstherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die analytische Psychotherapie als psychotherapeutische Verfahren zur Anwendung kommen. Entsprechend den Strukturen der neuen Psychotherapie-Richtlinie wurde der Versorgungspfad aktualisiert.

Zur Themenerschließung mit dem Ziel der Identifikation von qualitätsrelevanten Themen und Verbesserungspotenzialen in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Richtlinienpsychotherapie wurde neben einer Leitlinienrecherche eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, die vier Rechercheblöcke umfasste. Für diese Rechercheblöcke (1. Patientenperspektive, 2. Versorgungssituation, 3. Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen und 4. Ergebnisqualität) wurde anhand von definierten Ein-

¹ Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Vom 17. Mai 2018. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3334/2018-05-18_IQTIG-Beauftragung_QS-Verfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 25.02.2019).

² Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie). In der Fassung vom 19. Februar 2009, zuletzt geändert durch Beschluss am 16. Juni 2016, in der Fassung vom 24. November 2016, in Kraft getreten am 16. Februar 2017. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/20/#tab/historie/details/1266> (abgerufen am 25.02.2019).

schlusskriterien nach qualitativen und quantitativen Studien gesucht. Dabei schloss sich die Recherche zeitlich an den Recherchezeitraum des AQUA-Instituts (2000 bis 2014) an. Darüber hinaus wurden insgesamt sieben Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie und ambulant tätigen psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchgeführt. Hierbei wurde bei der Zusammensetzung der Fokusgruppen auf die Ergebnisse der explorativen Sozialdatenanalyse des AQUA-Instituts zurückgegriffen. Des Weiteren erfolgten drei Hintergrundgespräche mit in der ambulanten Versorgung tätigen Leistungserbringern, um Auswirkungen der strukturellen Neuerungen durch die Psychotherapie-Richtlinie sowie zu antizipierende Problemstellungen wie die Abbildbarkeit von Outcomes, die begleitende Erfassung von Therapiefortschritten oder die Definition eines Therapieendes sowie Fragen zur Dokumentationspraxis zu erörtern. Überdies diente eine Suche nach nationalen Qualitätsinitiativen als Informationsquelle. Zudem wurden Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse zur Aktualisierung der Analyse der Versorgungssituation herangezogen.

Auf Basis dieser Wissensquellen und unter Einbezug der Ergebnisse der AQUA-Konzeptskizze wurden 15 patientenrelevante Qualitätsaspekte für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Richtlinienpsychotherapie identifiziert. Für diese Qualitätsaspekte wurde geprüft, inwieweit ein Verbesserungsbedarf für die Patientinnen und Patienten besteht, ob die Qualitätsaspekte grundsätzlich durch die Qualitätssicherung erfassbar und von den Leistungserbringern beeinflussbar sind.

Von den 15 identifizierten Qualitätsaspekten wurden nach dieser Überprüfung 12 für das Qualitätsmodell selektiert. Diese sind:

- Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und den Behandlungsoptionen
- Diagnostik
- Informationen zu den Rahmenbedingungen
- Information und Aufklärung zur Diagnose
- Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie
- Gemeinsame Behandlungsplanung
- Therapiezielvereinbarung
- Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung
- Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf
- Kooperation
- Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes
- Outcome

Nicht selektiert wurden die Qualitätsaspekte „Therapeutische Beziehung“, „Indikationsstellung“ sowie „Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung“.

Für die selektierten Qualitätsaspekte erfolgte eine vorläufige Einschätzung, über welche der verfügbaren Datenquellen (fallbezogene QS-Dokumentation, einrichtungsbezogene QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen und Patientenbefragung) eine Abbildung der einzelnen Qualitätsaspekte möglich wäre. Alle für das Qualitätsmodell selektierten Qualitätsaspekte können grundsätzlich über eine fallbezogene QS-Dokumentation oder/und Patientenbefragung

adressiert werden. Eine Abbildbarkeit durch die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation oder Sozialdaten bei den Krankenkassen wäre für die selektierten Qualitätsaspekte nur sehr eingeschränkt sinnvoll bzw. andere Datenquellen können diese Aspekte umfassender darstellen.

Die Umsetzung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter ist an verschiedene Voraussetzungen gebunden. Mit diesem QS-Verfahren wird erstmals der Versorgungsbereich der ambulanten Psychotherapie adressiert und damit die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Leistungserbringer. Da der Bereich der psychotherapeutischen Versorgung einen erheblich geringeren Digitalisierungsgrad bei der Patientendokumentation aufweist als die hausärztliche und fachärztliche Versorgung, ist die Implementierung einer fallbezogenen QS-Dokumentation als herausfordernd zu bewerten. Eine besondere Schwierigkeit stellt zudem weiterhin die Identifizierung des Therapieendes dar.

Anders als bei der überwiegenden Mehrzahl der bereits im Regelbetrieb befindlichen QS-Verfahren wird nicht eine einzelne Diagnose oder eine spezielle Intervention betrachtet, sondern es werden alle volljährigen Patientinnen und Patienten mit Richtlinienpsychotherapien – unabhängig von der Art des Psychotherapieverfahrens und der zugrunde liegenden psychischen Erkrankung – betrachtet. Dies bedeutet, dass voraussichtlich für all diese Patientinnen und Patienten eine QS-Dokumentation erstellt werden muss. Da die psychotherapeutischen Leistungserbringer im Vergleich zu den Facharztgruppen der somatischen Versorgung hingegen geringere Patientenzahlen pro Jahr aufweisen und die Behandlungsdauer von psychotherapeutischen Behandlungen im Sinne einer Richtlinienpsychotherapie –abhängig vom Psychotherapieverfahren und vom beantragten Stundenkontingent – oftmals mehrere Quartale umfasst, ist die Fallzahl an Patientinnen und Patienten, die pro Leistungserbringer eine Psychotherapie aufnehmen bzw. abschließen, wiederum sehr gering, was perspektivisch im entsprechenden Auswertungskonzept Berücksichtigung finden muss.

Im Ergebnis der Aktualisierung und Überprüfung der AQUA-Konzeptskizze ist festzuhalten, dass insbesondere durch den Einbezug der Patientenperspektive im Rahmen von Fokusgruppen und die Auswertung von qualitativen Studien die in der AQUA-Konzeptskizze dargestellten diagnose- und therapieverfahrensübergreifenden Qualitätspotenziale im nun abgeleiteten Qualitätsmodell differenzierter weiterentwickelt werden konnten. So konnten aufgrund der Ergebnisse der Fokusgruppen und der recherchierten qualitativen Studien die Qualitätsanforderungen und die vorliegenden Verbesserungsbedarfe konkreter herausgearbeitet werden. Darüber hinaus wurde eine Anpassung der Qualitätsaspekte an die durch die neue Psychotherapie-Richtlinie geschaffenen Versorgungsstrukturen vorgenommen. Es zeigte sich zudem, dass die beauftragten Erfassungsinstrumente für das zu entwickelnde QS-Verfahren – die fallbezogene QS-Dokumentation und eine Patientenbefragung – grundsätzlich geeignet sind, die identifizierten Qualitätsaspekte abzubilden.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragte am 17. Juli 2014 die damalige Institution nach § 137a SGB V, das AQUA-Institut, mit der Erstellung einer Konzeptskizze für ein einrichtungsübergreifendes, sektorspezifisches Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) zum Thema ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter, die als Entscheidungshilfe für eine mögliche Beauftragung der Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens dienen sollte.

Die damals beauftragte Konzeptskizze sollte zu folgende Punkten Aussagen machen:

- Untersuchung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung
- Ableitung von Qualitätszielen
- erste Vorschläge zu möglichen relevanten Qualitätsindikatoren
- Vorschläge zu weiteren Konkretisierungen der Fragestellung
- Vorschläge zur Differenzierung nach Subgruppen
- Untersuchung und Darstellung, welche qualitätsrelevanten Daten in welchen Datenquellen verfügbar sind, und Einschätzung, mit welchen verfügbaren Instrumenten diese erhoben werden können bzw. ob sich unter den gegebenen Bedingungen Erhebungsinstrumente zu deren Erfassung entwickeln lassen
- beispielhafte Darstellung von Instrumenten zur Einbeziehung der Patientensicht
- Vorschläge zu möglichen Datenquellen
- Vorprüfung der Machbarkeit und Empfehlungen für ein künftiges Qualitätssicherungsverfahren (AQUA 2015)

Die vom AQUA-Institut entwickelte Konzeptskizze „Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“, die vor dem Hintergrund der damals gültigen Fassung der Psychotherapie-Richtlinie erstellt wurde und die im Dezember 2015 vom G-BA abgenommen worden war, identifizierte folgende Qualitätspotenziale als geeignet für ein QS-Verfahren:

- Eingangsdiagnostik
- Aufklärung und Partizipative Entscheidungsfindung
- Erarbeitung individueller Therapieziele
- Einbezug von Bezugspersonen
- Therapiebegleitende Diagnostik
- Kooperation
- Zugang nach Ende der Therapie

Folgende patientenrelevante Endpunkte wurden in der AQUA-Konzeptskizze herausgearbeitet:

- Veränderung der Symptomatik im Sinne einer Symptomlinderung bzw. -reduzierung
- Veränderung der Funktionalität im Sinne einer Verbesserung der Funktionalität, z. B. in Bereichen wie soziale Beziehungen, Arbeit oder Haushalt
- Veränderung der Lebensqualität im Sinne einer Verbesserung
- Zielerreichung, d. h. das Erreichen individuell gesetzter Ziele

Als Quellen für die Recherche nach Evidenz nutzte das AQUA-Institut eine Literaturrecherche, eigene empirische Analysen von Sozialdaten einer Krankenkasse aus den Jahren 2009 bis 2012 sowie die Auswertung der Protokolle von Experteninterviews. Der Einbezug der Patientenperspektive und qualitative Methoden kamen kaum zum Tragen. Fokusgruppen wurden für die Erstellung der AQUA-Konzeptskizze nicht durchgeführt.

Im Ergebnis stellte das AQUA-Institut dar, dass wenig Evidenz vorliegt, aus der abzuleiten ist, wie gute Qualität einer Psychotherapie zu definieren ist und wo konkrete Verbesserungspotenziale liegen (AQUA 2015). Empfohlen wurde ein diagnose- und verfahrens unabhängiges QS-Verfahren für die Therapie im Einzelsetting, das ausschließlich volljährige Patientinnen und Patienten einschließt. Der inhaltliche Fokus eines möglichen Verfahrens wurde insbesondere bei der Prozessqualität gesehen.

Die AQUA-Konzeptskizze empfahl als Erhebungsinstrumente die Patientenbefragung und die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation. Der Bericht hob bereits die Relevanz einer Patientenbefragung in einem möglichen QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie hervor und stellte dar, dass Sozialdaten bei den Krankenkassen für ein QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie nur sehr eingeschränkt nutzbar sein werden. Auf die zu erwartenden Umsetzungsschwierigkeiten einer fallbezogenen QS-Dokumentation wurde in dem Zusammenhang auch hingewiesen.

Zwischenzeitlich kam es im Kontext des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungstärkungsgesetz, GKV-VSG) zu einer umfänglichen Neufassung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)³, die Anfang 2017 in Kraft trat. Zudem kam es 2017 zu Neuerungen hinsichtlich der psychotherapiespezifischen Abrechnungsziffern. In der Psychotherapie-Richtlinie ist festgelegt, welche psychotherapeutischen Leistungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden können. Hierin ist geregelt, bei welchen Indikationen gesetzlich Krankenversicherte einen Anspruch auf eine psychotherapeutische Behandlung haben und welche psychotherapeutischen Verfahren in diesem Rahmen angewendet werden dürfen. Als Neuerungen sind beispielweise die Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde und der Akutbehandlung, die Festlegung fester Zeiten für die telefonische Erreichbarkeit sowie die Rezidivprophylaxe zu nennen.

³ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie). In der Fassung vom 19. Februar 2009, zuletzt geändert durch Beschluss am 16. Juni 2016, in der Fassung vom 24. November 2016, in Kraft getreten am 16. Februar 2017. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/20/#tab/historie/details/1266> (abgerufen am 25.02.2019).

Die Ableitung eines Qualitätsmodells auf Basis der AQUA-Konzeptskizze muss sich zudem an den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG orientieren (IQTIG 2018). So wären die Informationsquellen um die (bisher nicht durchgeführten) Fokusgruppen zu ergänzen, mit dem Ziel, insbesondere die Patientenperspektive in die Entwicklung adäquater einzubeziehen.

1.2 Beauftragung durch den G-BA

Der G-BA hat nun mit dem Beschluss vom 17. Mai 2018 das IQTIG als Institut nach § 137a SGB V mit der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden, sektorspezifischen Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter beauftragt.⁴ Für das Verfahren sind entsprechend der Beauftragung zum einen ein kompaktes, fokussiertes und fallbezogenes Instrumentarium für den Einsatz in der ambulanten psychotherapeutischen Einrichtung und zum anderen zur Abbildung der Patientenperspektive eine Patientenbefragung zu entwickeln. Mit diesem QS-Verfahren wird erstmals der Versorgungsbereich der ambulanten Psychotherapie adressiert. Den Verfahrenszweck bildet die Qualitätsförderung, Entwicklungsziele sind die Untersuchung und Messung qualitätsrelevanter Prozesse im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung. Darüber hinaus soll geprüft werden, ob Aspekte zur Ergebnisqualität erfasst werden können. Zielgruppe eines zukünftigen QS-Verfahrens sind Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahren), die eine psychotherapeutische Kurzzeit- oder Langzeittherapie bei ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Anspruch nehmen. Dabei sind auch anderen Behandlungs- und Anwendungsformen wie die psychotherapeutische Sprechstunde, die psychotherapeutische Akutbehandlung, die probatorischen Sitzungen und die Rezidivprophylaxe einzubeziehen.

Für die Entwicklung eines entsprechenden QS-Verfahrens sind die vom G-BA abgenommene Konzeptskizze des AQUA-Institutes für ein ebensolches QS-Verfahren und die aktuelle Psychotherapie-Richtlinie zu berücksichtigen.

Daher ist das IQTIG zunächst mit der Entwicklung eines Qualitätsmodells beauftragt. Es hat dazu die vom AQUA-Institut erarbeiteten therapieverfahrens- und diagnoseübergreifenden Qualitätspotenziale und Versorgungsziele unter Berücksichtigung der aktuellen Psychotherapie-Richtlinie zu überprüfen und zu aktualisieren.

Da sich die Umsetzung der fallbezogenen QS-Dokumentation im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung in den vergangenen Jahren weiterentwickelt hat, soll diese nun auch für den Versorgungsbereich der ambulanten Psychotherapie geprüft werden.

⁴ Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter. Vom 17. Mai 2018. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3334/2018-05-18_IQTIG-Beauftragung_QS-Verfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 25.02.2019).

2 Versorgungspraxis und versorgungspolitischer Rahmen

2.1 Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie

Die vom G-BA gemäß § 92 Abs. 6a SGB V beschlossene Psychotherapie-Richtlinie dient „der Sicherung einer den gesetzlichen Erfordernissen entsprechenden ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Psychotherapie der Versicherten und ihrer Angehörigen in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen“. Die geänderte Psychotherapie-Richtlinie trat nach Überarbeitung am 16. Februar 2017 in Kraft.

Wesentliche Ziele der Reform der Psychotherapie-Richtlinie waren, entsprechend § 92 Abs. 6a SGB V, „[...] Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung und der Akutversorgung, zur Förderung von Gruppentherapien und der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens“.

Grundsätzlich finden sich in der Psychotherapie-Richtlinie Festlegungen dazu, welche Therapieverfahren zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden können, für welche Indikationen, der Umfang der Leistungen, Regelungen zum Konsiliar-, Antrags- und Gutachterverfahren sowie Vorgaben hinsichtlich erforderlicher Qualifikationen zur Erbringung der Leistung oder zur schriftlichen Dokumentation.

Mit der Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie wurden u. a. neue Behandlungs- und Anwendungsformen eingeführt, so beispielsweise die psychotherapeutische Sprechstunde (§ 11) und die psychotherapeutische Akutbehandlung (§ 13). Die Richtlinie gibt hier Vorgaben zu den Zielen und Inhalten und macht auch Vorgaben zum zeitlichen Umfang. Eine weitere Neuerung ist, dass psychotherapeutische Praxen je nach Versorgungsauftrag eine telefonische Erreichbarkeit für eine definierte Mindestzeit gewährleisten müssen. Bei den zulässigen Indikationen für eine Richtlinienpsychotherapie haben sich im Vergleich zur Vorversion Änderungen ergeben. Dies betrifft beispielsweise die Möglichkeit eine Psychotherapie bei Patientinnen oder Patienten einzuleiten, bei denen noch keine Suchtmittelfreiheit besteht. Pläne zur Einführung einer Basisdokumentation zu Beginn und Ende der Therapie wurden im Zuge der gemeinsamen Verhandlungen der Richtlinie verworfen.

Nachfolgend werden die Inhalte der Psychotherapie-Richtlinie konkreter dargestellt, die für den Auftrag von besonderer Relevanz sind.

Zielgruppe

Die Psychotherapie-Richtlinie hat sowohl für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen als auch von Erwachsenen Gültigkeit. Gemäß der G-BA-Beauftragung besteht die definierte Zielgruppe für dieses QS-Verfahren ausschließlich aus Erwachsenen ab 18 Jahren, die eine psychotherapeutische Kurzzeit- oder Langzeittherapie bei ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Anspruch nehmen.

Indikation

In der Psychotherapie-Richtlinie ist geregelt, für welche Indikationen eine Psychotherapie erbracht werden darf. Hierzu finden sich unter § 26 Abs. 1 Psychotherapie-Richtlinie folgende Indikationen:

- Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie
- Angststörungen und Zwangsstörungen
- Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
- Essstörungen
- Nicht organische Schlafstörungen
- Sexuelle Funktionsstörungen
- Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Des Weiteren kann laut § 26 Abs. 2 Psychotherapie-Richtlinie Psychotherapie neben oder nach einer somatisch ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen angewandt werden, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet; Indikationen hierfür können nur sein:

- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Drogen und Medikamente)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide und gleichzeitige stabile substituionsgestützte Behandlung gemäß Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“
- Seelische Krankheit aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen
- Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe
- Schizophrene und affektive psychotische Störungen

Gemäß der Beauftragung durch den G-BA sollen die Indikatoren für dieses QS-Verfahren diagnoseunabhängig Gültigkeit haben, sodass alle o. g. Indikationen mit einzubeziehen sind.

Psychotherapieverfahren

Entsprechend der Beauftragung soll ein vom Psychotherapieverfahren unabhängiges QS-Verfahren entwickelt werden. In den §§ 15 bis 17 der Psychotherapie-Richtlinie ist festgelegt, welche psychotherapeutischen Verfahren anerkannte Psychotherapieverfahren im Sinne der Richtlinie sind. Hierzu gehören die Verhaltenstherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die analytische Psychotherapie.

Perspektivisch wird wahrscheinlich auch die systemische Therapie bei Erwachsenen als viertes Psychotherapieverfahren zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie erbracht werden können. Gemäß einer Pressemitteilung des G-BA vom November 2018 wird eine entsprechende Anpassung der Psychotherapie-Richtlinie erfolgen und

es wird mit einem Abschluss der Überarbeitungen dazu voraussichtlich noch 2019 gerechnet (G-BA 2018a).

Zur Erbringung von Psychotherapie berechnigte Leistungserbringer

In der Beauftragung sind die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Leistungserbringer adressiert. In den §§ 5 und 6 der Psychotherapie-Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV; in Krafttreten am 1. Juli 2017) ist festgelegt, welche fachliche Befähigung für ärztliche und psychologische Leistungserbringer Voraussetzung ist, um eine ambulante Psychotherapie zulasten der gesetzlichen Krankenkassen erbringen zu dürfen (KBV/GKV-Spitzenverband 2017). Bei den ärztlichen Leistungserbringern gilt eine fachliche Befähigung als nachgewiesen bei Ärztinnen und Ärzte mit der Berechnigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder der Gebietsbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie oder der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie – fachgebunden –“ bzw. „Psychotherapie“ sowie durch die Berechnigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; des Weiteren durch Vorlage von Weiterbildungszeugnissen, aus denen sich ergibt, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der analytischen Psychotherapie oder der Verhaltenstherapie erworben wurden (KBV/GKV-Spitzenverband 2017).

In das beauftragte QS-Verfahren sollen derart qualifizierte fachärztliche und psychologische Therapeutinnen und Therapeuten, die Psychotherapien bei Erwachsenen durchführen, als Leistungserbringer eingeschlossen werden.

Psychotherapeutische Behandlungs- und Anwendungsformen

Gemäß der Beauftragung sollen die ambulante psychotherapeutische Kurzzeit- und Langzeittherapie sowie auch die anderen Behandlungs- und Anwendungsformen wie die psychotherapeutische Sprechstunde, die psychotherapeutische Akutbehandlung, die probatorischen Sitzungen und die Rezidivprophylaxe berücksichtigt werden.

Psychotherapeutische Sprechstunde

In § 11 der Psychotherapie-Richtlinie finden sich Festlegungen zur mit der Richtlinienüberarbeitung neu eingeführten psychotherapeutischen Sprechstunde. Dies umfasst die Inhalte und Ziele sowie zeitliche und organisatorische Aspekte. Die psychotherapeutische Sprechstunde ist eine Pflichtleistung und abhängig vom Umfang des Versorgungsauftrages anzubieten (100 Minuten/Woche bei vollem Versorgungsauftrag bzw. 50 Minuten/Woche bei halbem Versorgungsauftrag). Um weitere psychotherapeutische Leistung zu erhalten, müssen Patientinnen und Patienten zuvor mindestens 50 Minuten in einer psychotherapeutischen Sprechstunde gewesen sein. Ausnahme hiervon sind Patientinnen und Patienten, bei denen bereits innerhalb eines stationären Aufenthaltes die Indikation zur psychotherapeutischen Weiterbehandlung gestellt wurde. Die psychotherapeutische Sprechstunde kann von einem anderen Leistungserbringer erbracht worden sein als von dem, der die weiteren psychotherapeutischen Leistungen erbringt

(Beispiel: Ein Patient geht zu Psychotherapeutin A. Diese stellt innerhalb der psychotherapeutischen Sprechstunde die Indikation zur ambulanten Psychotherapie, hat aber derzeit keine freien Therapieplätze, sodass der Patient sich dann zu den probatorischen Sitzungen bei Psychotherapeutin B vorstellt und dort die Therapie beginnt).

Probatorische Sitzungen

In § 12 der Psychotherapie-Richtlinie sind die Inhalte und Ziele sowie weitere Festlegungen zu den probatorischen Sitzungen festgelegt. Vor einer Richtlinien-therapie finden mindestens zwei und bis zu vier probatorische Sitzungen von je 50 Minuten Dauer statt.

Psychotherapeutische Akutbehandlung

Die ebenfalls neu eingeführte psychotherapeutische Akutbehandlung (§ 13 der Psychotherapie-Richtlinie) soll Patientinnen oder Patienten mit akuter Symptomatik mithilfe ambulanter psychotherapeutischer Mittel entlasten. Ziel ist eine kurzfristige Verbesserung der Symptomatik und sie dient der Besserung akuter Krisen- und Ausnahmezustände. Die psychotherapeutische Akutbehandlung ist gemäß § 32 anzeige-, aber nicht antragspflichtig.

Rezidivprophylaxe

In § 14 der Psychotherapie-Richtlinie finden sich Regelungen zur Rezidivprophylaxe. Ziel der Rezidivprophylaxe ist die Vermeidung von Rückfällen. Die Rezidivprophylaxe ist integraler Bestandteil der Abschlussphase einer jeden Therapie. Im Kontext der Langzeittherapie sieht die neue Psychotherapie-Richtlinie konkrete Regelungen vor. So können Stunden aus dem Kontingent einer Therapie von 40 oder mehr Stunden in einem Zeitraum von bis zu zwei Jahren nach Abschluss einer Langzeittherapie für eine Rezidivprophylaxe genutzt werden. Für Therapien mit einer Dauer von unter 40 Stunden ist dies nicht möglich. Bereits im Antrag für eine Langzeittherapie muss angegeben werden, wie viele Stunden für die Rezidivprophylaxe eingesetzt werden sollen oder ob dies zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht absehbar ist. Von der Länge der Therapie hängt die mögliche Anzahl zu bewilligender Stunden für die Rezidivprophylaxe ab: bei Langzeittherapien mit 40 bis 59 Stunden bis zu 8 Stunden, bei Langzeittherapien von 60 oder mehr Stunden bis zu 16 Stunden. Damit eine Rezidivprophylaxe durchgeführt werden darf, ist zuvor die Beendigung der Richtlinien-therapie unter Verwendung des entsprechenden Formblatts (PTV 12) bei der Krankenkasse anzuzeigen.

Ambulante Psychotherapie: Kurzzeit- und Langzeittherapie, Leistungsumfang

Im Abschnitt E und den §§ 27ff. der Psychotherapie-Richtlinie sind u. a. Behandlungsumfang und -begrenzung sowie erforderliche Bewilligungsschritte festgelegt. Mit Inkrafttreten der neuen Psychotherapie-Richtlinie teilt sich die Kurzzeittherapie in zwei Behandlungshälften (Kurzzeittherapie 1 und Kurzzeittherapie 2).

Im Rahmen der Kurzzeittherapie 1 können bis zu 12 Stunden als Einzeltherapie der Verfahren nach § 15 durchgeführt werden (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie). Die Kurzzeittherapie 1 ist gemäß § 33 antragspflichtig. Erbrachte Stunden im Rahmen der psychotherapeutischen Akutbehandlung nach § 13 werden mit dem Stundenkontingent der Kurzzeittherapie 1 verrechnet.

Im Rahmen der Kurzzeittherapie 2) können bis zu 12 Stunden als Einzeltherapie der Verfahren nach § 15 durchgeführt werden (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie). Die Kurzzeittherapie 2 ist gemäß § 33 antragspflichtig.

Langzeittherapien mit einer Stundenzahl, die in Bezug auf das Krankheitsbild und das geplante Therapieverfahren in der Antragsbegründung entsprechend § 29 festzulegen ist, sind antragspflichtig mit Begutachtung. Die Langzeittherapie umfasst für Erwachsene in Einzeltherapie 160 Stunden in der Analytischen Psychotherapie (Höchstgrenze 300 Stunden) und je 60 Stunden in einer Verhaltenstherapie (Höchstgrenze 80 Stunden) oder einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (Höchstgrenze 100 Stunden).

Die Umwandlung einer Kurzzeittherapie in die Langzeittherapie muss bis zur zwanzigsten Sitzung der Kurzzeittherapie beantragt und das Gutachterverfahren eingeleitet werden (§ 28 Psychotherapie-Richtlinie).

Antrags- und Gutachterverfahren

Im Vergleich zur Vorversion der Psychotherapie-Richtlinie ist das Antragsverfahren für Richtlinienpsychotherapie erleichtert worden. Waren zuvor alle Richtlinientherapien nicht nur antrags-, sondern auch gutachterpflichtig, so hat sich dies dahingehend vereinfacht, dass zwar alle Psychotherapien nach § 15 der Psychotherapie-Richtlinie gegenüber der Krankenkasse antragspflichtig sind, aber nur noch die Langzeittherapien sowie die Verlängerungen einer vormaligen Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie gutachterpflichtig sind.

Konsiliarverfahren

In der Psychotherapie-Richtlinie ist festgeschrieben, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vor Beginn einer Richtlinien therapie gemäß § 15 der Richtlinie die Patientin oder den Patienten an eine Konsiliarärztin oder einen Konsiliararzt zwecks Einholung eines Konsiliarberichts überweisen müssen (§ 31 der Psychotherapie-Richtlinie). Des Weiteren finden sich hier genaue Angaben, welche Inhalte der Konsiliarbericht enthalten soll und welche Ärztinnen und Ärzte zur Erstellung eines solchen berechtigt sind. Die Einholung eines Konsiliarberichts vor Beginn einer Akutbehandlung ist in der Psychotherapie-Richtlinie nicht geregelt.

Anzeigeverfahren

§ 32 der Psychotherapie-Richtlinie legt fest, dass eine Leistung nach § 13 der Richtlinie (also eine psychotherapeutische Akutbehandlung) gegenüber der Krankenkasse anzeigepflichtig ist. Näheres zum Anzeigeverfahren ist in der Psychotherapie-Vereinbarung geregelt: Die Therapeutin oder der Therapeut zeigt der Krankenkasse eine Akutbehandlung spätestens mit ihrem Beginn auf dem Formular PTV 12 an. Gleichzeitig erklärt die Versicherte / der Versicherte, dass vor Beginn der Akutbehandlung mindestens 50 Minuten psychotherapeutische Sprechstunde innerhalb der letzten vier Quartale durchgeführt wurden oder Ausnahmetatbestände nach § 11 Abs. 7 der Psychotherapie-Richtlinie vorliegen (z. B. Indikationsstellung in vorangegangenem stationären Aufenthalt; KBV/GKV-Spitzenverband 2017).

Antragsverfahren

Eine Psychotherapie nach § 15 der Richtlinie ist antragspflichtig bei der Krankenkasse. In § 33 der Psychotherapie-Richtlinie ist das Antragsverfahren geregelt:

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

Gutachterverfahren

In §§ 34 und 35 der Psychotherapie-Richtlinie finden sich die Regelungen und Festlegungen zum Gutachterverfahren sowie zur erforderlichen Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter. „Bei Psychotherapie gemäß § 15 sind Anträge auf Langzeittherapie im Bericht an den Gutachter zu begründen [...]“. Ebendies gilt bei Verlängerungsanträgen von einer Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie. Dieser Umwandlungsantrag muss bis zur 8. Sitzung der Kurzzeittherapie 2 beantragt werden und ist gutachterpflichtig.

2.2 Neuer Versorgungsablauf

Aufgrund der Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie, die wesentliche strukturelle Änderungen und Ergänzungen enthält, gestaltet sich auch der Versorgungsablauf differenzierter. Abbildung 1 zeigt den Versorgungspfad in schematisierter Form.

Zu Beginn des Versorgungspfades der ambulanten Psychotherapie begeben sich Patientinnen oder Patienten aus eigener Initiative oder auf Anraten der behandelnden Hausärztin oder des behandelnden Hausarztes oder einer niedergelassenen Psychiaterin oder eines niedergelassenen Psychiaters in die psychotherapeutische Sprechstunde. Die psychotherapeutische Sprechstunde dient dem zeitnahen niedrigschwelligen Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. In deren Rahmen wird geprüft, ob die Indikation für eine psychotherapeutische Akutbehandlung oder eine Richtlinienpsychotherapie besteht. Besteht keine Indikation für eine psychotherapeutische Akutbehandlung oder eine Richtlinienpsychotherapie, so werden Patientinnen und Patienten von hier weiter an die entsprechend erforderlichen medizinischen Versorgungsbereiche oder ggf. auch an nicht medizinische Bereiche weitergeleitet. Die psychotherapeutische Akutbehandlung dient der zeitnahen, ambulanten Entlastung von Patientinnen und Patienten mit akuter Symptomatik. Ist diese indiziert, so kann diese anzeige-, aber nicht antragspflichtige Behandlungsform zeitnah begonnen werden. Ergibt sich im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde die Indikation für eine Richtlinienpsychotherapie, so sind zunächst zwei bis vier probatorische Sitzungen anzuschließen. Entsprechend § 12 der Psychotherapie-Richtlinie dienen diese der weiteren diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, zur weiteren Indikationsstellung und zur Feststellung der Eignung der Patientin oder des Patienten für ein

bestimmtes Psychotherapieverfahren. Patientinnen und Patienten, bei denen bereits im Rahmen einer stationären oder rehabilitativen Behandlung nach § 26 der Psychotherapie-Richtlinie die Indikation zur psychotherapeutischen Weiterbehandlung gestellt wurde, müssen sich nicht in einer psychotherapeutischen Sprechstunde vorstellen, sondern treten zum Zeitpunkt der probatorischen Sitzungen in den Versorgungspfad ein.

Wurde die Indikation für eine Richtlinienpsychotherapie nach § 15 der Psychotherapie-Richtlinie gestellt, so gilt für psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, dass sie die Patientinnen und Patienten zunächst an eine Konsiliarärztin oder einen Konsiliararzt zur Überprüfung, ob eventuell Kontraindikationen wie beispielsweise durch untherapierte somatische Erkrankungen hervorgerufene psychische Störungen vorliegen, überweisen. Bestehen keine Kontraindikationen, so gilt es zu diesem Zeitpunkt für ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu prüfen, ob die Indikation für eine Langzeittherapie besteht. Besteht diese nicht, kann eine Kurzzeittherapie 1 (12 Therapiesitzungen) begonnen werden. Für diese ist ein Antrag bei der gesetzlichen Krankenversicherung zu stellen. Sollte eine Therapieverlängerung erforderlich sein, ist ein Verlängerungsantrag an die Krankenversicherung bis zur 8. Sitzung der Kurzzeittherapie 1 zu stellen. Der Verlängerungsantrag kann ein Antrag auf eine Kurzzeittherapie 2 sein (erneut 12 Therapiesitzungen) oder auf eine Langzeittherapie. Die Indikation einer Langzeittherapie kann sich bereits initial zum Zeitpunkt der probatorischen Sitzungen, während einer Kurzzeittherapie 1 oder im Verlauf einer Kurzzeittherapie 2 ergeben. In allen Fällen ist die Indikation zu einer Langzeittherapie gutachterpflichtig zu beantragen, d. h., die beantragende Psychotherapeutin oder der beantragende Psychotherapeut muss zusammen mit dem Antrag an die gesetzliche Krankenversicherung die Indikation in einem Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter begründen. Bei Langzeittherapien können die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bereits bei Beantragung festlegen, ob ein Teil des Stundenkontingents für eine sogenannte Rezidivprophylaxe verwendet werden soll. Das heißt, dass ein Teil des Stundenkontingents in einem Zeitraum von bis zu zwei Jahren nach Abschluss einer Langzeittherapie für eine Rezidivprophylaxe genutzt werden kann. Der Therapieabschluss kann nach einer Kurzzeittherapie 1 oder 2 oder einer Langzeittherapie erfolgen. Auch direkt nach einer psychotherapeutischen Akutbehandlung kann das Therapieende erreicht sein. Sollte über das Ende einer Langzeittherapie hinaus der Bedarf nach weiterer psychotherapeutischer Versorgung bestehen, kann ein Antrag an die zuständige Krankenversicherung gestellt werden. Die Genehmigung liegt in deren Ermessen.

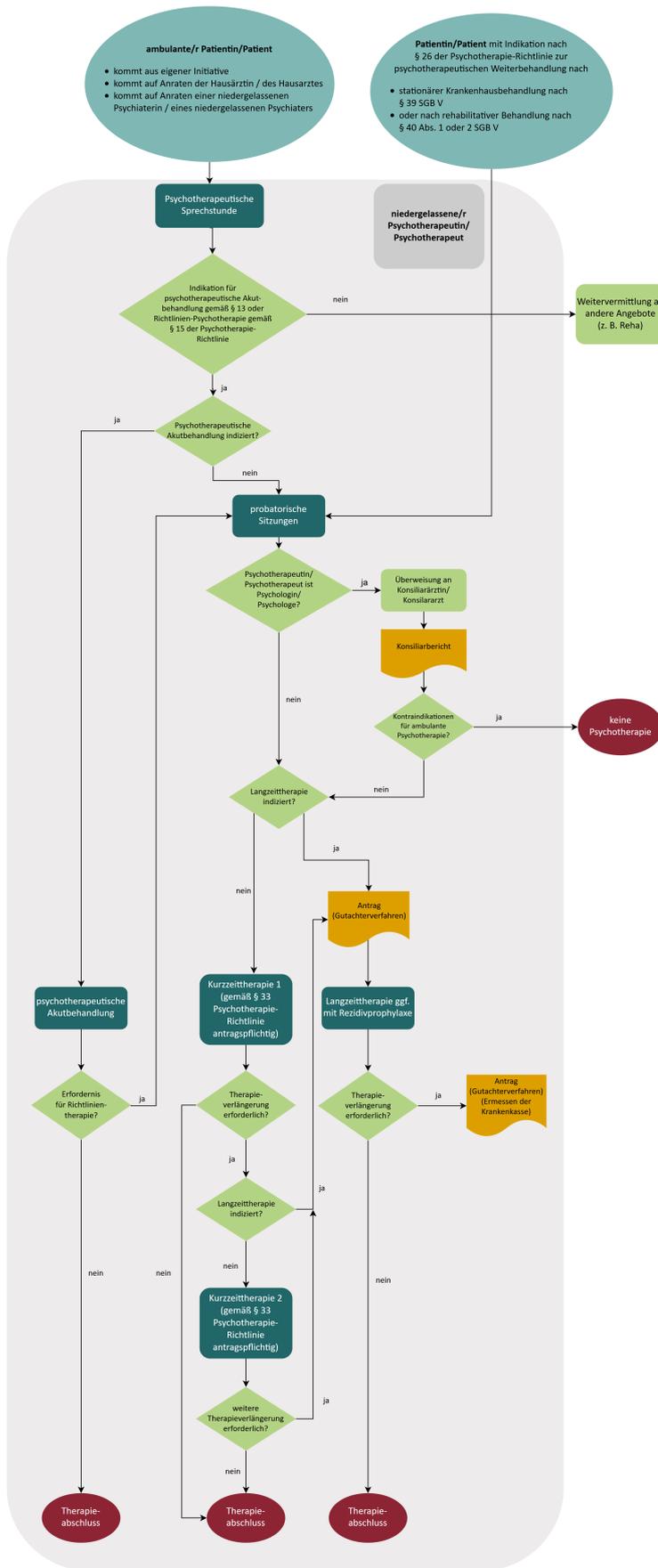


Abbildung 1: Versorgungspfad

2.3 Aktualisierte Zahlen zur Versorgungspraxis

Um aktuellere Aussagen zum Versorgungsgeschehen und das vom QS-Verfahren zu adressierende Patientenkollektiv machen zu können, wurden empirische Prüfungen anhand von Sozialdaten bei den Krankenkassen (gemäß § 299 Abs. 1a SGB V) durchgeführt (siehe Abschnitt 3.4).

Die betrachtete Grundgesamtheit besteht aus allen gesetzlich Versicherten ≥ 18 Jahren des Erfassungsjahres 2016, die durchgängig versichert oder im Erfassungsjahr verstorben sind, mindestens eine gesicherte ambulante oder stationäre Diagnose aus den Gruppen ICD-10-GM F00-F99 (Psychische und Verhaltensstörungen) aufweisen und bei denen mindestens einmal eine Leistungsziffer für eine Kurz- oder Langzeittherapiesitzung der nach Psychotherapie-Richtlinie zugelassenen Therapieverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder analytische Psychotherapie) abgerechnet wurde. Da es sich bei den vorliegenden Daten um eine Vollerhebung aus dem Versichertenbestand einer einzelnen Krankenkasse handelt, erfolgte für alle Analysen eine alters- und geschlechtsstandardisierte Hochrechnung auf die Population der gesetzlich Versicherten auf Grundlage der sogenannten KM 6-Statistiken der Bundesrepublik Deutschland sowie eine Versichertenstatistik der kooperierenden Krankenkasse (BMG 2016).

Nach Auswertungen des IQTIG der vorliegenden Daten einer kooperierenden Krankenkasse wurde im Jahr 2016 in Deutschland für 1.432.284 gesetzlich Versicherte im Alter von ≥ 18 Jahren, bei denen eine Diagnose aus den Gruppen ICD-10-GM F00-F99 vorlag, mindestens eine Abrechnungsziffer für eines in der Psychotherapie-Richtlinie aufgeführten Psychotherapieverfahren abgerechnet.

Die Altersverteilung der behandelten Patientinnen und Patienten der betrachteten Grundgesamtheit lässt sich in Abbildung 2 nachvollziehen.

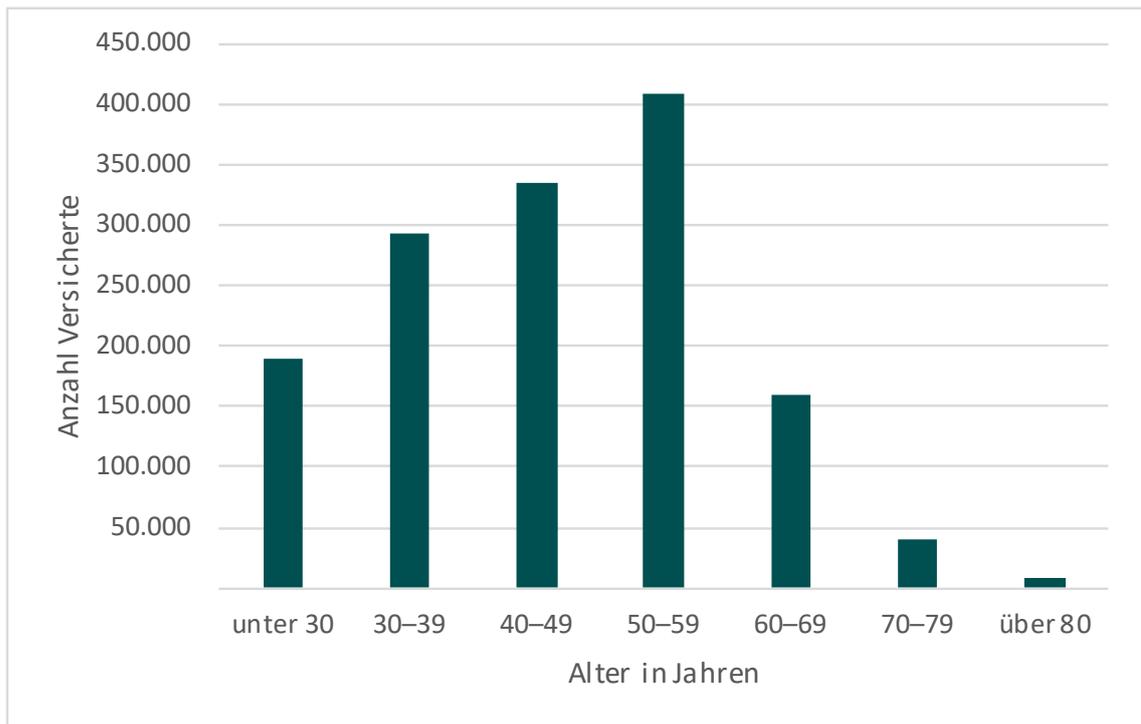


Abbildung 2: Altersverteilung der Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie in 2016 (eigene Berechnungen)

Bei 772.533 (53,9 %) der Patientinnen und Patienten wurde im Erfassungsjahr 2016 eine Verhaltenstherapie abgerechnet, bei 601.983 (42 %) eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und bei 75.023 (5,2 %) eine analytische Psychotherapie. Bei 1,2 % der Patientinnen und Patienten wurden innerhalb eines Jahres mehrere Therapieverfahren abgerechnet.

Betrachtet man die Diagnosen der Grundgesamtheit, so werden bei 83 % der Versicherten Diagnosen aus der Gruppe F40-F48 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) des ICD-10-GM und bei 79 % aus der Gruppe F30-F39 (Affektive Störungen) kodiert. Betrachtet man die Diagnosegruppen F00-F99 in die weiterführenden Diagnosecodes hinein, finden sich unter den häufigsten Störungen die Depressive Episode, die Belastungs- und Anpassungsstörungen, phobische und andere Angststörungen, somatoforme Störungen, spezifische Persönlichkeitsstörungen sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak. Bei der Mehrzahl der Patientinnen und Patienten werden mehrere F-Diagnosen codiert (siehe Tabelle 1 und Tabelle 2).

Tabelle 1: Verteilung von codierten Diagnosegruppen nach ICD-10-GM in der betrachteten Grundgesamtheit (eigene Berechnungen)

ICD-10-GM	Versicherte	
	Anzahl	Anteil
F40-F48 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen)	1.191.942	83 %
F30-F39 (Affektive Störungen)	1.126.125	79 %
F60-F69 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen)	239.498	17 %
F50-F59 (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren)	201.754	14 %
F10-F19 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen)	200.098	14 %
F90-F99 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend sowie nicht näher bezeichnete psychische Störungen)	63.703	4 %
F20-F29 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen)	50.267	4 %
F00-F09 (Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen)	35.297	3 %

Tabelle 2: Die zehn am häufigsten codierten Diagnosen nach ICD-10-GM in der betrachteten Grundgesamtheit (eigene Berechnungen)

ICD-10-GM	Versicherte	
	Anzahl	Anteil
F32 (Depressive Episode)	942.113	66 %
F43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen)	687.262	48 %
F33 (Rezidivierende depressive Störung)	557.655	39 %
F41 (Andere Angststörungen)	521.960	36 %
F45 (Somatoforme Störungen)	516.308	36 %
F48 (Andere neurotische Störungen)	203.017	14 %
F60 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen)	176.029	12 %
F34 (Anhaltende affektive Störungen)	171.589	12 %
F40 (Phobische Störungen)	155.068	11 %
F17 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak)	133.067	9 %

Die abgerechneten psychotherapeutischen Leistungen wurden zum Großteil von psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erbracht (69,6 %). Weitere 22,1 % der Richtlinienpsychotherapien wurden von Fachärztinnen und Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erbracht. Ein deutlich geringerer Anteil (etwa 9 %) wurde von Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie, Nervenheilkunde und anderen Facharztgruppen (z. B. Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie) erbracht. Eine genauere Angabe zum Anteil der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie bzw. Nervenheilkunde kann anhand des dem IQTIG zur Verfügung stehenden Datensatzes zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht gemacht werden. Die Verteilung der Psychotherapieleistungen auf die erbringenden Leistungserbringergruppen stimmt mit den Erhebungen anderer Publikationen überein, die in Sozialdatenanalysen zeigen konnten, dass Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie bzw. Nervenheilkunde einen eher geringen Anteil an den Leistungserbringern für das Therapieformat einer ambulanten Psychotherapie ausmachen, sondern vorwiegend Gesprächsleistungen anbieten und abrechnen (Gaebel et al. 2016).

Freundlicherweise wurden uns vonseiten der KBV Auswertungen für das Erfassungsjahr 2017 auf Grundlage der ambulanten Abrechnungsdaten zur Verfügung gestellt (Abschnitt 3.4.2). Anhand dieser lässt sich erkennen, dass insgesamt 26.718 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Erfassungsjahr 2017 Leistungsziffern aus dem Bereich der Richtlinienpsychotherapien erbracht und abgerechnet haben. Davon waren 73,8 % psychologische und 26,2 % ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die Abbildung 3 zeigt, wie viele Patientinnen und Patienten die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Jahr 2017 behandelt haben.

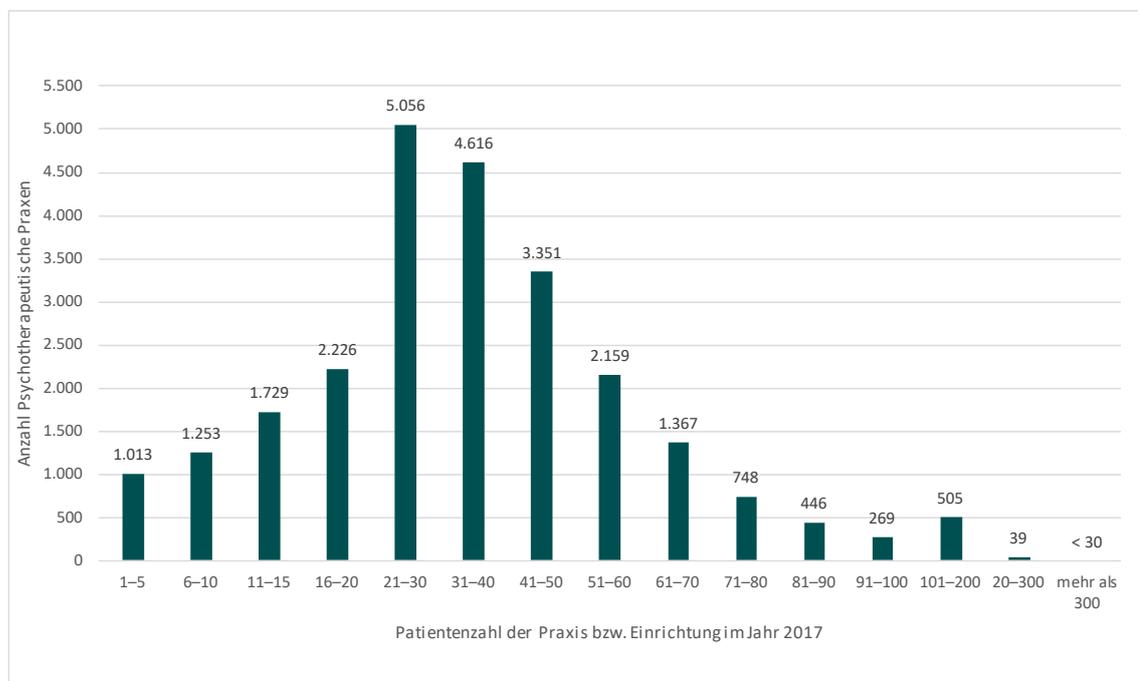


Abbildung 3: Anzahl der psychotherapeutischen Praxen aufgeteilt nach der Anzahl der dort jeweils behandelten Patientinnen und Patienten in 2017 (Daten Kassenärztliche Bundesvereinigung 2017)

Auf Basis der Berechnungen der KBV können zudem über den Betrachtungszeitraum 3. und 4. Quartal 2017 erste Aussagen über das Versorgungsgeschehen unter der Neufassung der psychotherapie-Richtlinie und auf Basis der seit 1. Juli 2017 angepassten Abrechnungsziffern.

Tabelle 3: Anzahl der Patientinnen und Patienten, für die im 2. Halbjahr 2017 mindestens einmal eine GOP für ein Richtlinienverfahren abgerechnet wurde (Daten Kassenärztliche Bundesvereinigung 2017)

Psychotherapieverfahren	Kurzzeittherapie 1	Kurzzeittherapie 2	Langzeittherapie
Verhaltenstherapie	231.622	193.145	186.342
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	147.487	131.337	135.588
Analytische Psychotherapie	3.499	1.682	49.523

Tabelle 4: Anzahl der Patientinnen und Patienten, für die im 2. Halbjahr 2017 mindestens einmal eine GOP für die Sprechstunde, Akutbehandlung oder probatorische Sitzung abgerechnet wurde (Daten Kassenärztliche Bundesvereinigung 2017)

Behandlungsform	Anzahl der Patientinnen und Patienten
Psychotherapeutische Sprechstunde	592.027
Akutbehandlung	77.454
Probatorische Sitzung	327.111

Weitere Informationen können erst im Verlauf der Entwicklungsarbeiten auf Basis neuer Datenpools gewonnen werden (Abschnitt 3.4.1).

2.4 Qualitäts- und Forschungsinitiativen

Für die Erstellung eines Qualitätsmodells für ein zukünftiges QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie sind insbesondere Initiativen und Forschungsprojekte von Interesse, die Aspekte von Prozessqualität im Zusammenhang mit ambulanter Psychotherapie betrachten, die Elemente der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements enthalten, verfahrens- und diagnoseübergreifend das Thema ambulante Psychotherapie aufgreifen oder Qualitätsdefizite in diesem Zusammenhang adressieren.

In diesem Kontext ist die Arbeit von Skirde et al. (2018) „Neue Versorgungsformen in der ambulanten Psychotherapie. Stand und Perspektiven“ zu erwähnen. Ziel dieser Untersuchung war es, einen Überblick über die bestehenden psychotherapeutischen Versorgungsformen der letzten zehn Jahre jenseits der Regelversorgung des SGB V (Psychotherapie-Richtlinie) zu erarbeiten und diese anschließend einer Bewertung zu unterziehen. Insgesamt konnten darin bis Ende 2016 240 neue Versorgungsmodelle recherchiert werden, die psychotherapeutische Leistungen beinhalten. Auf Grundlage der Recherche ist geplant, eine öffentlich zugängliche Datenbank zu erstellen, in der die Modelle anhand mehrerer Bestimmungsmerkmale (Zielgruppe/Indikation,

Region, Partner der Vereinbarung/Beteiligte, rechtliche Grundlage, Interventionsansatz, Leistungsspektrum, Vergütungsmodell, Komplexitätsgrad, Stellung der Psychotherapie, Quellen) näher beschrieben werden.⁵ Die Versorgungsmodelle weisen eine große Heterogenität auf, so sind diese zum Teil indikationsoffen, zum Teil indikationsbezogen. Das Thema Psychotherapie hat zentralen, integralen oder optionalen Stellenwert, es können Modelle unterschieden werden, die primär organisatorische Verbesserungen anstreben, die Vernetzung verschiedener Leistungserbringer oder über die Regelversorgung hinausgehen und verschiedene Hilfen und Dienste miteinbeziehen. Jedoch war lediglich ein kleiner Anteil der untersuchten Versorgungsmodelle umfassend bzw. methodisch hochwertig evaluiert.

Innovationsfond

Der G-BA wurde mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz aufgefordert, neue Versorgungsformen und Versorgungsforschungsprojekte, die auf eine Verbesserung und die qualitative Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zielen, zu fördern.

Bei der Durchsicht der durch den Innovationsfond des G-BA geförderten Projekte fanden sich mehrere inhaltlich sehr unterschiedlich ausgerichtete Projekte, die sich mit dem Thema Psychotherapie bzw. psychischen Erkrankungen beschäftigen (G-BA Innovationsausschuss 2018a, G-BA Innovationsausschuss 2018b). Einige Projekte fokussieren den Abschnitt des Versorgungspfades, der zeitlich vor dem Beginn einer Psychotherapie steht (z. B. CAPRI – eHealth gestütztes Case-Management für psychisch Erkrankte in der hausärztlichen Primärversorgung), andere adressieren die sektorenübergreifende Zusammenarbeit und koordinierte Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen (z. B. NPPV – Verbesserte Versorgung psychischer und neurologischer Erkrankungen, RECOVER – Modell der sektorenübergreifend koordinierten, schweregradgestuften, evidenzbasierten Versorgung psychischer Erkrankungen und PsychCare – Wirksamkeit sektorenübergreifender Versorgungsmodelle in der Psychiatrie – eine prospektive, kontrollierte multizentrische Beobachtungsstudie). Weitere Projekte beschäftigen sich mit der Versorgung psychischer Erkrankungen in speziellen gesundheitlichen Kontexten wie z. B. dem Thema Psychoonkologie im Zusammenhang von Depressionen und Ängsten im Rahmen maligner Erkrankungen (z. B. isPo – Integrierte, sektorenübergreifende Psychoonkologie) oder beispielsweise die Früherkennung von Störungen der Stimmungslage während einer Schwangerschaft (Mind:Pregnancy – Online-basierte Achtsamkeitsintervention zur Stärkung psychischer Stabilität von Schwangeren und Förderung einer physiologischen Geburt) (G-BA Innovationsausschuss 2018a, G-BA Innovationsausschuss 2018b). Veröffentlichte Ergebnisse liegen zu allen durch den Innovationsfond geförderten Projekten noch nicht vor.

⁵ <https://www.dgvt-bv.de/aktuell/studie-versorgungsmodelle/uebersicht-von-240-neuen-versorgungsformen-modellen/>

Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinie des G-BA über die Durchführung der Psychotherapie (PT-RL)

Mit der Förderbekanntmachung vom 23. November 2018 zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinie des G-BA über die Durchführung der Psychotherapie (PT-RL) werden „ (...) Projekte gefördert, die die Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie zum Ziel haben“ (G-BA 2018b).

„Im Rahmen des Förderschwerpunkts sollen insbesondere folgende Fragestellungen genauer untersucht werden:

- Auswirkungen der Strukturreform (z. B. Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens, Reduzierung der Sitzungskontingente bei Kurzzeit- und Langzeittherapie, Gruppentherapie und Verbesserung der telefonischen Erreichbarkeit) auf die Wartezeiten bis zur Abklärung behandlungsbedürftiger psychischer Erkrankungen, bis zu einer psychotherapeutischen Akutbehandlung bei entsprechendem Behandlungsbedarf oder bis zu einer passenden Richtlinien-Psychotherapie.
- Auswirkungen der frühzeitigen psychotherapeutischen Diagnostik und Akutbehandlung auf patientenrelevante Outcome-Parameter wie die Verbesserung der Morbidität, der Lebensqualität oder die Verkürzung von Arbeitsunfähigkeitszeiten.
- Organisatorische und andere Hürden bei der Implementierung der psychotherapeutischen Sprechstunde sowie der Förderung der Gruppentherapie.
- Art des Einsatzes des Instruments der Akutbehandlung in der Praxis (u. a. welche Techniken und Methoden werden angewandt?).
- Art und Zeitpunkt der Einbindung der Hausärzte.
- Auswirkungen der Psychotherapie-Strukturreform auf den gesamten Behandlungs-/ Versorgungsablauf (über die verschiedenen Versorgungselemente hinweg) im Hinblick auf das Ziel einer Optimierung der psychotherapeutischen Behandlung. Ggf. Identifikation von weiterhin bestehenden Zugangs- und Versorgungsproblemen.“ (G-BA 2018b)

Auch hierfür lagen zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch keine veröffentlichten Evaluationsergebnisse vor.

3 Methodisches Vorgehen

Zur Aktualisierung der Analyse der ambulanten psychotherapeutischen Versorgungssituation sowie zur Überprüfung der Qualitätspotenziale der AQUA-Konzeptskizze und Ableitung von patientenrelevanten Qualitätsaspekten der Versorgung erfolgte eine Literaturrecherche und -analyse (Abschnitt 3.1) sowie eine explorative Analyse von anonymisierten Sozialdaten (Abschnitt 3.4). Darüber hinaus wurden Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie mit niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten geführt (Abschnitt 3.2). Um Informationen zu den Auswirkungen der strukturellen Neuerungen durch die Psychotherapie-Richtlinie auf die Versorgungspraxis gewinnen zu können, wurden drei Hintergrundgespräche mit ambulant tätigen Psychotherapeuten und einer Psychotherapeutin geführt (Abschnitt 3.3).

Im Anschluss an die Themenerschließung und Identifikation der Qualitätsaspekte wurden die Qualitätsaspekte für das Qualitätsmodell selektiert. Die Selektion der perspektivisch von einem QS-Verfahren zu adressierenden Qualitätsaspekte wird zunächst von den verfahrensspezifischen Zielen geleitet. Für das Qualitätsmodell werden dann jene Qualitätsaspekte ausgewählt, die mit dem Zweck und den Zielen des avisierten QS-Verfahrens übereinstimmen und für die ein Verbesserungsbedarf für die Patientinnen und Patienten belegt werden kann. Außerdem muss der Qualitätsaspekt grundsätzlich durch die Qualitätssicherung erfassbar und durch die Leistungserbringer beeinflussbar sein (IQTIG 2018).

3.1 Literaturrecherche/-analyse

3.1.1 Ziel der Literaturrecherche und -analyse

Ziel der Recherche und Analyse von aggregierter Evidenz sowie Literatur zur Versorgungssituation war es, Hinweise auf qualitätsrelevante Themen und Verbesserungspotenziale in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie zu identifizieren. Neben einer Leitlinienrecherche wurden Recherchefragen für vier weitere Rechercheblöcke formuliert, für die anhand von definierten Einschlusskriterien systematisch Literatur gesucht wurde. Dabei schließt die Recherche zeitlich an den Recherchezeitraum des AQUA-Instituts (2000 bis 2014) an. Da die Fragestellungen für die Aktualisierung der Qualitätspotenziale und die Bildung eines Qualitätsmodells anders gelagert waren als für die Erstellung der AQUA-Konzeptskizze, handelte es sich nicht um eine bloße Aktualisierung der Recherche. Vielmehr wurden bei der inhaltlichen Konzeption die Ergebnisse der AQUA-Konzeptskizze berücksichtigt, daher wurden separate Rechercheblöcke zu Wirkfaktoren der Psychotherapie und zur Ergebnisqualität erstellt.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche bilden gemeinsam mit den Erkenntnissen der Fokusgruppen die Grundlage für die Identifizierung und Beschreibung von patientenrelevanten Qualitätsaspekten der Versorgung.

3.1.2 Recherchekonzept

Die Literatur wurde – orientiert an der Methodik des Scoping Reviews – systematisch recherchiert und aufbereitet. Die Recherche für die Entwicklung der Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells wurde von Juli bis September 2018 durchgeführt.

Folgende Recherchefragen wurden für die vier Rechercheblöcke formuliert:

■ Informationsbeschaffung: Standards

- Was sind derzeit die gültigen Standards für die Durchführung einer ambulanten Psychotherapie bei volljährigen Patientinnen und Patienten?

Hierbei wurden deutsch- oder englischsprachige, evidenz- und/oder konsensbasierte Leitlinien eingeschlossen, die auf Indikationen abzielen, die sich unter § 26 der Psychotherapie-Richtlinie als Indikationen für eine Richtlinien-therapie finden, sowie Leitlinien, die die Versorgung erwachsener Patientinnen und Patienten mit Psychotherapie bzw. Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische Psychotherapie oder analytischer Psychotherapie adressieren.

■ Informationsbeschaffung: Patientenperspektive

- Wie erleben volljährige Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie den Versorgungs-/Behandlungsprozess?
- Welche Versorgungsaspekte erleben die volljährigen Patientinnen und Patienten als für sie besonders relevant?

Hierbei wurden deutsch- oder englischsprachige systematische Übersichtsarbeiten, qualitative Studien oder Mixed-Methods-Studien eingeschlossen, die erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer unter § 26 der Psychotherapie-Richtlinie aufgeführten Indikation und Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder analytischer Psychotherapie betrachten.

■ Informationsbeschaffung: Versorgungssituation

- Identifizierung von Anhaltspunkten auf mögliche Unter-, Über- und Fehlversorgung bzw. Qualitätsdefizite/Qualitätspotenziale in der Versorgung von Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie in Deutschland

Hierbei wurden deutsch- oder englischsprachige systematische Übersichtsarbeiten, Primärarbeiten und Analysen von Sekundärdaten eingeschlossen, die erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer unter § 26 der Psychotherapie-Richtlinie aufgeführten Indikation und Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder analytischer Psychotherapie analysieren.

▪ **Informationsbeschaffung: Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen**

- Welche Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschten Wirkungen von ambulanter Psychotherapie werden in der Literatur diskutiert?
Hierbei wurden deutsch- oder englischsprachige systematische Übersichtsarbeiten eingeschlossen, die erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer unter § 26 der Psychotherapie-Richtlinie aufgeführten Indikation und Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder analytischer Psychotherapie analysieren.

▪ **Informationsbeschaffung: Ergebnisqualität**

- Welche generischen (= nicht-störungs- oder therapieschulenspezifischen) Aspekte der Ergebnisqualität/Outcomes werden für die Behandlung von Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie in der Literatur beschrieben?
- Welche generische Ergebnisqualität für ambulante Psychotherapie wird beschrieben?
- Wie kann generische Ergebnisqualität gemessen und dargestellt werden?
Hierbei wurden deutsch- oder englischsprachige systematische Übersichtsarbeiten und Primärarbeiten (qualitativ, quantitativ, Mixed Methods) eingeschlossen, die erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer unter § 26 der Psychotherapie-Richtlinie aufgeführten Indikation und Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder analytischer Psychotherapie analysieren.

Für alle Fragestellungen wurden vorab die inhaltlichen Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Population, Intervention, Outcome), die methodisch-formalen Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Studien- bzw. Leitlinientyp, Sprache, Publikationszeitraum) sowie die Datenquellen (z. B. bibliographische Datenbanken wie MEDLINE/Embase, Leitliniendatenbanken) definiert. Um sicherzustellen, dass alle relevanten Informationen zur Entwicklung eines Qualitätsmodells berücksichtigt werden, wurde neben der Recherche in bibliographischen Datenbanken auch eine ergänzende Handsuche in Referenzlisten von Publikationen vorgenommen. In Anhang A sind im Recherchebericht zur Erstellung des Qualitätsmodells die einzelnen methodischen Schritte und Suchergebnisse der umfangreichen Literaturrecherche dokumentiert, einschließlich der Ein- und Ausschlusskriterien, der Suchstrategien für die einzelnen bibliographischen Datenbanken, der Flowcharts sowie die Bewertungen der eingeschlossenen Leitlinien. In der Psychotherapie-Richtlinie sind die Indikationen, bei denen eine Richtlinienpsychotherapie erfolgen kann, festgelegt. Dies findet sich in den Einschlusskriterien zur gesuchten Population der Rechercheblöcke wieder. Leitlinien wurden eingeschlossen, wenn deren inhaltlicher Fokus auf der Zielpopulation lag. Um auch eventuell übergeordnete Leitlinien mit relevanten Inhalten zum Thema Psychotherapie zu erfassen, wurde für die Leitlinienrecherche breiter gesucht als für die einzelnen Rechercheblöcke zur Patientenperspektive, der Versorgungssituation, der Ergebnisqualität und den Wirkfaktoren. Laut § 26 der Psychotherapie-Richtlinie gehört zu den Indikationen, die die Anwendung von Richtlinienpsychotherapie rechtfertigen, u. a. auch „seelische Krankheit infolge von chronischen somatischen Krankheitsverläufen“. Nicht eingeschlossen wurden jedoch Leitlinien, die sich auf die Behandlung von somatischen Erkrankungen (z. B. Multiple Sklerose, Krebserkrankungen, Asthma bronchiale) beziehen, da diese Krankheitsbilder per se keine Indikation zur

Anwendung von Psychotherapie darstellen, auch wenn eine seelische Erkrankung insbesondere infolge von chronischen Krankheitsverläufen auftreten kann. Diese entspricht dann wiederum einer der in der ICD-10-GM gelisteten F-Diagnosen und wird in den entsprechenden Leitlinien adressiert. Im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung wird dann die psychische Komorbidität, nicht die somatische Erkrankung behandelt.

3.1.3 Methodisches Vorgehen zum Screening der Leitlinien/Studien und zur Themenextraktion

Das Screening der recherchierten Publikationen gliederte sich in zwei Phasen. Zunächst wurde ein Titel-Abstract-Screening vorgenommen. Im zweiten Schritt wurden die ausgewählten Publikationen einem Volltext-Screening unterzogen. Im Titel-Abstract-Screening überprüften je zwei Personen unabhängig voneinander die Titel und ggf. die Abstracts der Leitlinien und Studien, die über bibliographische Datenbanken recherchiert wurden, hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die festgelegten Fragen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurden die Leitlinien und Studien für ein Volltext-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden wiederum von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob sie die vorab festgelegten Einschlusskriterien erfüllen. In einer Dokumentation des Volltext-Screenings wurden u. a. die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen festgehalten. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert, um eine Einigung herbeizuführen.

Die Extraktion der eingeschlossenen Leitlinien, systematischen Übersichtsarbeiten und qualitativen Studien erfolgte mit Blick auf die jeweilige Zielsetzung der Recherche und wurde in Extraktionstabellen dokumentiert. Die Charakteristika der eingeschlossenen Publikationen sind im Anhang B zusammengefasst.

3.2 Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie mit psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

3.2.1 Ziele der Fokusgruppen

Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stellen – neben der systematischen Literaturrecherche – eine wichtige Informationsquelle zur Generierung von qualitätsrelevanten Themen in der Versorgung und zur Identifikation von Qualitätsdefiziten bzw. Verbesserungspotenzialen dar. Sie sind damit grundlegend für die Entwicklung des Qualitätsmodells.

Anhand von Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sollen Bedürfnisse und Schwerpunkte von Patientinnen und Patienten in der Versorgung mit ambulanter Psychotherapie eruiert werden, um daraus bedeutende Themen für das QS-Verfahren abzuleiten. Damit war es Aufgabe der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Charakteristiken oder Ereignisse der Versorgung zu berichten, die aus ihrer Sicht von hoher Relevanz für die Qualität der Versorgung sind und von den Patientinnen und Patienten in gleicher Weise beobachtbar und beurteilbar

sind. Zudem sollen Fokusgruppen mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die patientenrelevanten Themen aus ihrem Erfahrungshorizont heraus ergänzen.

Relevant waren vor allem solche Themen in den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die von allen Befragten ähnlich stark beschrieben bzw. beobachtet wurden und damit keine Einzelmeinung darstellten.

3.2.2 Planung und Rekrutierung für die Fokusgruppen

Hinsichtlich der Zusammensetzung der Fokusgruppenteilnehmenden wurde eine inhaltliche Repräsentativität (Lamnek 2010) angestrebt, die insbesondere auf die Erkrankungs- und Behandlungserfahrungen der ausgewählten Patientinnen und Patienten fokussierte. Um einen umfassenden Blick auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie zu generieren, wurden vier Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten geplant, die sich in Bezug auf die Behandlungserfahrungen unterscheiden: eine Fokusgruppe mit Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Rekrutierung mindestens vier bis höchstens acht Therapiesitzungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie bei einer ambulant tätigen psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeutin bzw. einem ambulant tätigen psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten hatten, eine Fokusgruppe mit Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie abgeschlossen haben und zwei Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, die sich in ambulanter Psychotherapie gemäß der Psychotherapie-Richtlinie zum Zeitpunkt der Fokusgruppeneinführung befanden. Zusätzlich wurde die Verteilung der Diagnosen der Patientinnen und Patienten bei der Planung der Fokusgruppen berücksichtigt. Um sich dabei am tatsächlichen Versorgungsgeschehen zu orientieren, konnte auf eine Auswertung von Sozialdaten bei den Krankenkassen zurückgegriffen werden (AQUA 2015).

Ergänzend dazu wurden drei Fokusgruppen mit ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die praktische Erfahrungen mit den unterschiedlichen Therapieverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie) im Rahmen der ambulanten Psychotherapie haben, geplant.

Darüber hinaus wurden Ausschlusskriterien für die Rekrutierung von Patientinnen und Patienten formuliert. Patientinnen und Patienten, die sich physisch und psychisch nicht in der Lage fühlten, an einer eineinhalb- bis zweistündigen Diskussion teilzunehmen, wurden von der Teilnahme an den Fokusgruppen ausgeschlossen. Um Überschneidungen mit anderen Studien zur Versorgung zu vermeiden, wurden Patientinnen und Patienten, die innerhalb der letzten drei Monate an einer Gruppendiskussion oder an einer klinischen Studie zum Thema ambulante Psychotherapie teilgenommen haben, ebenfalls nicht in die Rekrutierung mit aufgenommen.

Um ein ausgewogenes Diskussionsbild zu erhalten, wurden für die Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten eine Teilnehmeranzahl von fünf bis acht und für die Fokusgruppen mit ambulant tätigen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sechs bis acht Teilnehmende geplant (Dreher und Dreher 1982, Krueger und Casey 2015).

Das IQTIG wurde in der Rekrutierung der Teilnehmenden für die Fokusgruppen von einem externen Dienstleister unterstützt, der Erfahrung in der Ansprache von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vorweisen konnte. Die Rekrutierung der Patientinnen und Patienten erfolgte über unterschiedliche Kontakt- bzw. Vermittlungskanäle, vorwiegend jedoch über den Direktkontakt mit Patientinnen und Patienten und die Ansprache von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wurde auch über Selbsthilfegruppen rekrutiert.

Aus den Tabelle 5 und Tabelle 6 können die geplante Anzahl der Fokusgruppen sowie die konkret geplanten Charakteristika für Patientinnen und Patienten und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entnommen werden.

Tabelle 5: Geplante Anzahl der Fokusgruppen und Charakteristika für die Patientinnen und Patienten

Anzahl der Fokusgruppe	Zielgruppe	Anzahl der Teilnehmenden pro Fokusgruppe	Anforderungen
1	Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Rekrutierung mindestens 4 bis höchstens 8 Termine gemäß Psychotherapie-Richtlinie bei einer ambulant tätigen psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ambulant tätigen psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten hatten	5–8	<ul style="list-style-type: none"> ■ Alter: <ul style="list-style-type: none"> ▫ 30–60 Jahre: 4–5 Patientinnen und Patienten ▫ unter 30 Jahre: 1–2 Patientinnen und Patienten ▫ über 60 Jahre: 1–2 Patientinnen und Patienten ■ Bildungsabschluss (ausgewogen, Kriterien nach Absprache): <ul style="list-style-type: none"> ▫ hoher Bildungsabschluss: 1–2 Teilnehmerinnen und Teilnehmer ▫ mittlerer Bildungsabschluss: 3–4 Teilnehmerinnen und Teilnehmer ▫ niedriger Bildungsabschluss: 1–2 Teilnehmerinnen und Teilnehmer ■ Diagnosen: <ul style="list-style-type: none"> ▫ 3–4 Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose aus einer der Diagnosegruppen Depression⁶ oder Angst und Somatoforme Störungen⁷ oder Belastungsstörungen⁸

⁶ Depression (ICD-10-GM 2018: F32, F33, F34.1, F 34.8, F34.9, F38, F39)

⁷ Angst und Somatoforme Störungen (ICD-10-GM 2018: F40,F41, F45)

⁸ Belastungsstörungen (ICD-10-GM 2018: F43, F44, F48)

Anzahl der Fokusgruppe	Zielgruppe	Anzahl der Teilnehmenden pro Fokusgruppe	Anforderungen
			<ul style="list-style-type: none"> ▫ 3–4 Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose aus dem Gebiet der F-Diagnosen gemäß ICD 10-GM 2018 außer Depression⁹ oder Angst und Somatoforme Störungen¹⁰ oder Belastungsstörungen¹¹ (diese können jedoch als Nebendiagnose/-n vorliegen) ▪ Therapieverfahren: <ul style="list-style-type: none"> ▫ 2–3 Patientinnen und Patienten, die Verhaltenstherapie erhalten ▫ 2–3 Patientinnen und Patienten, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie erhalten ▫ 1–2 Patientinnen und Patienten, die analytische Psychotherapie erhalten ▪ möglichst gleiche Verteilung von Patientinnen und Patienten innerhalb einer Fokusgruppe, die im Rahmen einer Kurzzeit- bzw. Langzeittherapie behandelt werden (50:50 oder 40:60)
1	Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie abgeschlossen haben	5–8	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die psychotherapeutische Behandlung wurde vor mindestens 3 bis maximal 12 Monaten abgeschlossen. ▪ Alter: <ul style="list-style-type: none"> ▫ 30–60 Jahre: 4–5 Patientinnen und Patienten ▫ unter 30 Jahre: 1–2 Patientinnen und Patienten ▫ über 60 Jahre: 1–2 Patientinnen und Patienten

⁹ Depression (ICD-10-GM 2018: F32, F33, F34.1, F 34.8, F34.9, F38, F39)

¹⁰ Angst und Somatoforme Störungen (ICD-10-GM 2018: F40,F41, F45)

¹¹ Belastungsstörungen (ICD-10-GM 2018: F43, F44, F48)

Anzahl der Fokusgruppe	Zielgruppe	Anzahl der Teilnehmenden pro Fokusgruppe	Anforderungen
			<ul style="list-style-type: none"> ■ Bildungsabschluss (ausgewogen, Kriterien nach Absprache): <ul style="list-style-type: none"> ▫ hoher Bildungsabschluss: 1–2 Teilnehmerinnen und Teilnehmer ▫ mittlerer Bildungsabschluss: 3–4 Teilnehmerinnen und Teilnehmer ▫ niedriger Bildungsabschluss: 1–2 Teilnehmerinnen und Teilnehmer ■ Diagnosen: <ul style="list-style-type: none"> ▫ 3–4 Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose aus einer der Diagnosegruppen Depression¹² oder Angst und Somatoforme Störungen¹³ oder Belastungsstörungen¹⁴ ▫ 3–4 Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose aus dem Gebiet der F-Diagnosen gemäß ICD 10-GM 2018 außer Depression¹⁵ oder Angst und Somatoforme Störungen¹⁶ oder Belastungsstörungen¹⁷ (diese können jedoch als Nebendiagnose/n vorliegen) ■ Therapieverfahren: <ul style="list-style-type: none"> ▫ 2–3 Patientinnen und Patienten, die Verhaltenstherapie erhalten haben ▫ 2–3 Patientinnen und Patienten, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie erhalten haben ▫ 1–2 Patientinnen und Patienten, die analytische Psychotherapie erhalten haben ■ möglichst gleiche Verteilung von Patientinnen und Patienten innerhalb einer Fokusgruppe, die im Rahmen einer Kurzzeit- bzw. Langzeittherapie behandelt werden

Anzahl der Fokusgruppe	Zielgruppe	Anzahl der Teilnehmenden pro Fokusgruppe	Anforderungen
2	Patientinnen und Patienten, die sich in ambulanter Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie bei einer ambulant tätigen psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeutin bzw. einem ambulant tätigen psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten befinden	5–8	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alter: <ul style="list-style-type: none"> ▫ 30–60 Jahre: 4–5 Patientinnen und Patienten ▫ unter 30 Jahre: 1–2 Patientinnen und Patienten ▫ über 60 Jahre: 1–2 Patientinnen und Patienten ▪ Bildungsabschluss (ausgewogen, Kriterien nach Absprache): <ul style="list-style-type: none"> ▫ hoher Bildungsabschluss: 1–2 Teilnehmerinnen und Teilnehmer ▫ mittlerer Bildungsabschluss: 3–4 Teilnehmerinnen und Teilnehmer ▫ niedriger Bildungsabschluss: 1–2 Teilnehmerinnen und Teilnehmer ▪ Diagnosen: <ul style="list-style-type: none"> ▫ 3–4 Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose aus einer der Diagnosegruppen Depression¹⁸ oder Angst und Somatoforme Störungen¹⁹ oder Belastungsstörungen²⁰

¹² Depression (ICD-10-GM 2018: F32, F33, F34.1, F 34.8, F34.9, F38, F39)

¹³ Angst und Somatoforme Störungen (ICD-10-GM 2018: F40,F41, F45)

¹⁴ Belastungsstörungen (ICD-10-GM 2018: F43, F44, F48)

¹⁵ Depression (ICD-10-GM 2018: F32, F33, F34.1, F 34.8, F34.9, F38, F39)

¹⁶ Angst und Somatoforme Störungen (ICD-10-GM 2018: F40,F41, F45)

¹⁷ Belastungsstörungen (ICD-10-GM 2018: F43, F44, F48)

¹⁸ Depression (ICD-10-GM 2018: F32, F33, F34.1, F 34.8, F34.9, F38, F39)

¹⁹ Angst und Somatoforme Störungen (ICD-10-GM 2018: F40,F41, F45)

²⁰ Belastungsstörungen (ICD-10-GM 2018: F43, F44, F48)

Anzahl der Fokusgruppe	Zielgruppe	Anzahl der Teilnehmenden pro Fokusgruppe	Anforderungen
			<ul style="list-style-type: none"> ▫ 3–4 Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose aus dem Gebiet der F-Diagnosen gemäß ICD 10-GM 2018 außer Depression²¹ oder Angst und Somatoforme Störungen²² oder Belastungsstörungen²³ (diese können jedoch als Nebendiagnose/-n vorliegen) ▪ Therapieverfahren: <ul style="list-style-type: none"> ▫ 2–3 Patientinnen und Patienten, die Verhaltenstherapie erhalten ▫ 2–3 Patientinnen und Patienten, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie erhalten ▫ 1–2 Patientinnen und Patienten, die analytische Psychotherapie erhalten ▪ möglichst gleiche Verteilung von Patientinnen und Patienten innerhalb einer Fokusgruppe, die im Rahmen einer Kurzzeit- bzw. Langzeittherapie behandelt werden

²¹ Depression (ICD-10-GM 2018: F32, F33, F34.1, F 34.8, F34.9, F38, F39)

²² Angst und Somatoforme Störungen (ICD-10-GM 2018: F40,F41, F45)

²³ Belastungsstörungen (ICD-10-GM 2018: F43, F44, F48)

Tabelle 6: Geplante Anzahl der Fokusgruppen und Charakteristika von ambulant tätigen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Anzahl der Fokusgruppe	Zielgruppe	Anzahl der Teilnehmenden pro Fokusgruppe	Anforderungen
3	ambulant tätige psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	6–8	<ul style="list-style-type: none"> ■ Die ambulanten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten müssen die Patientinnen und Patienten im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie behandeln und eine Zulassung als approbierter Vertragspsychotherapeut bzw. Vertragsarzt haben (50% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus ländlicher Umgebung, z.B. aus Brandenburg oder Mecklenburg-Vorpommern) ■ Ausbildung (jeweils pro Fokusgruppe):²⁴ <ul style="list-style-type: none"> ▫ 2 ambulante Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Abschluss der Ausbildung/Approbation vor 2000 ▫ 2 ambulante Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Abschluss der Ausbildung/Approbation zwischen 2000 und 2010 ▫ 2 ambulante Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Abschluss der Ausbildung/Approbation nach 2010 ■ Therapieverfahren (jeweils pro Fokusgruppe): <ul style="list-style-type: none"> ▫ 3 ambulante Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (Verhaltenstherapie) ▫ 2 ambulante Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) ▫ 1–2 ambulante Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (analytische Psychotherapie)

²⁴ 1999: Einführung des PsychThG und damit ein eigenständiges Berufsbild der psychologischen Psychotherapeuten mit entsprechenden Regelungen

Anzahl der Fokusgruppe	Zielgruppe	Anzahl der Teilnehmenden pro Fokusgruppe	Anforderungen
			<ul style="list-style-type: none"> ■ Anteil der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Anteil der ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten pro Fokusgruppe: <ul style="list-style-type: none"> ▫ 1–2 ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ▫ 5–6 psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ■ Die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind an der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung der Diagnosegruppen Depression²⁵, Angst und Somatoforme Störungen²⁶, Belastungsstörungen²⁷ beteiligt. ■ Die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten müssen sowohl Patientinnen und Patienten in Kurzzeittherapie als auch Patientinnen und Patienten in Langzeittherapie behandeln.

²⁵ Depression (ICD-10-GM 2018: F32, F33, F34.1, F 34.8, F34.9, F38, F39)

²⁶ Angst und Somatoforme Störungen (ICD-10-GM 2018: F40,F41, F45)

²⁷ Belastungsstörungen (ICD-10-GM 2018: F43, F44, F48)

3.2.3 Ethikvotum und Datenschutzkonzept

Das IQTIG hat für die Durchführung der Fokusgruppen einen Ethikantrag bei der International Medical & Dental Ethics Commission (IMDEC) in Freiburg gestellt. Das IQTIG erhielt im Juli 2018 durch die IMDEC eine positive Bewertung zur Durchführung der Fokusgruppen. Dafür legte das IQTIG das Studienprotokoll zur Beurteilung vor, in dem das Forschungsvorhaben im Detail beschrieben wurde, inklusive der geplanten Rahmenbedingungen zur Fokusgruppenteilnahme und -durchführung sowie zum Umgang mit dem Datenmaterial.

3.2.4 Topic Guides

Für die Durchführung der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten und ambulant tätigen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurden gruppenspezifische, aber thematisch aufeinander abgestimmte Topic Guides erstellt (siehe Anhänge C.1, C.2 und C.3). Aus der vorab durchgeführten systematischen Literaturrecherche und auf Basis der vorliegenden Konzeptskizze (AQUA 2015) wurden hierfür Themen abgeleitet, die mithilfe der Fokusgruppen verdichtet werden sollten. Eine hinreichend offene Gestaltung der Topic Guides sollte die Aufnahme weiterer – im Rahmen der Durchführung der Fokusgruppen seitens der Teilnehmenden aufgeworfener – Themen in die Diskussionen erlauben. Die Topic Guides für die Fokusgruppen setzten die folgenden thematischen Schwerpunkte:

- **Zugang:** z. B. Therapeutensuche, Kontaktaufnahme, Wartezeiten
- **Sprechstunde und Probatorik (Information und Aufklärung):** z. B. Eingangsdagnostik, Indikationsstellung, Diagnosevermittlung, Planung des weiteren Vorgehens
- **Kommunikation und Interaktion:** z. B. Beteiligung der Patientinnen und Patienten an Entscheidungsprozessen, Eingehen auf individuelle Bedürfnisse/Vorstellungen, therapeutische Beziehung
- **Durchführung der Therapie:** z. B. Erarbeiten und Überprüfen von Therapiezielen, Möglichkeit der Einbindung von Angehörigen, Regeln der Therapie, Kooperation mit anderen Leistungserbringern (z. B. Psychiaterin/Psychiater, Hausärztin/Hausarzt), Vorbereitung des Therapieendes
- **Ergebnisqualität:** z. B. Therapieerfolg aus Patientensicht, unerwünschte Therapieergebnisse
- **Elemente der Psychotherapie:** z. B. wichtige Prozessmerkmale der Behandlung aus Perspektive der Patientinnen und Patienten, negative Erfahrungen während der Behandlung

In den Topic Guides für die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurde zusätzlich ein thematischer Schwerpunkt auf die Sprechstunde und Akutbehandlung gelegt.

3.2.5 Durchführung der Fokusgruppen

Die Moderation der Fokusgruppen erfolgte durch eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter des IQTIG. Der Verlauf der Fokusgruppen wurde durch eine weitere Mitarbeiterin oder einen weiteren Mitarbeiter des IQTIG protokolliert. Von den Fokusgruppen wurden digitale Tonaufnahmen angefertigt, die anonymisiert transkribiert und nach Abgabe des Abschlussberichts gelöscht werden.

Die Teilnahme an den Fokusgruppen war freiwillig. Alle Fokusgruppenteilnehmenden mussten vorab mit einer Datenschutz- und Einwilligungserklärung über die Tonaufzeichnung der Diskussion informiert werden und ihr Einverständnis zur Teilnahme geben. Alle Fokusgruppenteilnehmenden erhielten für die Teilnahme an den Fokusgruppen eine finanzielle Aufwandsentschädigung. Für die Durchführung wurde pro Fokusgruppe eine Dauer von 1,5 bis 2 Stunden angestrebt.

3.2.6 Kurzfragebögen

Im Anschluss an die Fokusgruppen wurde den Teilnehmenden jeweils ein Kurzfragebogen ausgehändigt. Zweck des Kurzfragebogens war es, die Teilnehmenden deskriptiv zu beschreiben. Die Beantwortung der Kurzfragebögen war freiwillig und nicht verpflichtend an die Teilnahme an den Fokusgruppen gebunden.

Der Kurzfragebogen für Patientinnen und Patienten (siehe Anhang C.4) umfasste u. a. folgende Angaben:

- Dauer der psychotherapeutischen Behandlung
- Therapieform der psychotherapeutischen Behandlung
- Diagnose
- Alter
- Geschlecht

Der Kurzfragebogen für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (siehe Anhang C.5) umfasste folgende Angaben:

- Facharztbezeichnung
- Dauer der Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie
- praktizierte Therapieform
- Alter
- Geschlecht

Ein Gesamtüberblick über die Charakteristika der Fokusgruppenteilnehmenden kann den Abschnitten 3.2.8 und 3.2.9.

3.2.7 Auswertung des Datenmaterials

Die Auswertung der Daten erfolgte in Anlehnung an die zusammenfassende und strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring 2015). Aus den Topic Guides heraus wurde deduktiv ein Kategoriensystem mit Hauptkategorien entwickelt, mit dem die zentralen Aussagen und Themen der Fokusgruppen erfasst wurden (Mayring 2015). Im zweiten Schritt wurden aus dem Datenmaterial heraus induktiv zu den Hauptkategorien gehörige Subkategorien entwickelt, die eine Präzision des gesamten Kategoriensystems erzielten. Anschließend wurden aus den wichtigsten Kategorien Ankerbeispiele abgeleitet, die neben der aufgeführten Literatur eine weitere Grundlage für das Identifizieren von Qualitätsaspekten bilden.

Für die Datenauswertung standen folgende Fragen im Zentrum:

- Welche qualitätsrelevanten Themen lassen sich hinsichtlich der Prozess- und der Ergebnisqualität ableiten?
- Wie werden Patientinnen und Patienten aufgeklärt und informiert?
- Was sind für Patientinnen und Patienten zentrale Elemente in einer psychotherapeutischen Behandlung?
- Was erleben Patientinnen und Patienten im Rahmen der Behandlung als negativ oder als positiv?
- Was ist für Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Beenden der Therapie wichtig?
- Was ist für Patientinnen und Patienten ein gutes Ergebnis einer psychotherapeutischen Behandlung?

3.2.8 Beschreibung der Patientinnen und Patienten aus den Fokusgruppen

Das IQTIG führte im August 2018 vier Fokusgruppen mit n = 31 Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie in Berlin und Frankfurt am Main durch.

Um einen umfassenden Einblick in die Versorgung von Patientinnen und Patienten zu generieren, wurden die Patientinnen und Patienten in den vier Fokusgruppen entsprechend ihrer jeweiligen Behandlungsdauer in ambulanter Psychotherapie, der Therapieverfahren und Diagnose zusammengesetzt. In Bezug auf die Behandlungsdauer wurden eine Fokusgruppe mit Patientinnen und Patienten, die ihre ambulante Psychotherapie zum Zeitpunkt der Rekrutierung abgeschlossen haben, eine Fokusgruppe mit Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Rekrutierung vier bis acht Therapiesitzungen mit ambulanter Psychotherapie wahrgenommen haben, sowie zwei Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Fokusgruppen in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung waren und bereits mehr als acht Therapiesitzungen absolviert haben, durchgeführt. Für die Durchführung der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten konnte die angestrebte Teilnehmeranzahl von fünf bis acht Patientinnen und Patienten pro Fokusgruppe erreicht werden.

In den im Anschluss an die Fokusgruppen ausgehändigten Kurzfragebögen gaben unter den Patientinnen und Patienten mit abgeschlossener ambulanter Psychotherapie jeweils mehr als die Hälfte der Befragten an, Erfahrungen mit Verhaltenstherapie (n = 4; 57 %) bzw. mit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (n = 4; 57 %) gemacht zu haben. Dagegen berichtete nur eine Patientin / ein Patient (14 %) mit abgeschlossener ambulanter Psychotherapie von Erfahrungen mit analytischer Psychotherapie.

Von den Patientinnen und Patienten in laufender ambulanter Psychotherapie gaben n = 16 (67 %) an, sich aktuell verhaltenstherapeutisch behandeln zu lassen. 5 der befragten Patientinnen und Patienten (21 %) nannten dagegen tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und n = 3 (13 %) analytische Psychotherapie als aktuelles Therapieverfahren. Eine Patientin / ein Patient aus den Fokusgruppen in laufender ambulanter Psychotherapie gab in Bezug auf die Erfahrung mit Therapieverfahren Mehrfachantworten an. Von den 31 Patientinnen und Patienten hatten 30 Patientinnen und Patienten Angaben zu ihren Diagnosen vorgenommen. Insgesamt

wurden von diesen befragten Patientinnen und Patienten (n = 30) am häufigsten die Diagnosen Depression (n = 24; 80 %), Angststörung (n = 15; 50 %) und Belastungsstörung (n = 13; 43 %) angegeben.

Eine Gesamtübersicht der Charakteristika der befragten Patientinnen und Patienten in den Fokusgruppen kann hinsichtlich der Variablen Alter, Geschlecht, höchster schulischer Bildungsabschluss, aktuelle berufliche Situation, Therapieverfahren, Behandlungsdauer und Diagnose der Tabelle 7 entnommen werden.

Tabelle 7: Charakteristika der Patientinnen und Patienten aus den Fokusgruppen

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (n = 31)
Anzahl Teilnehmende je Fokusgruppe (Fg 1/Fg 2/Fg 3/Fg 4)	8/8/8/7
Alter ⁺ (MW/SD/Range)	38/29/22-66
Geschlecht ⁺ (männlich/weiblich/anderes)	11/19/0
höchster schulischer Bildungsabschluss:⁺	
▪ Schule beendet ohne Abschluss	0
▪ Volks-/Hauptschule oder polytechnische Oberschule mit Abschluss 8./9. Klasse	0
▪ mittlere Reife, Realschulabschluss oder polytechnische Oberschule mit Abschluss 10. Klasse	16
▪ Fachschulreife (Abschluss an einer Fachoberschule etc.)	6
▪ Abitur oder erweiterte Oberschule mit Abschluss 12. Klasse (Hochschulreife)	8
aktuelle berufliche Situation:[*]	
▪ Schülerin/Schüler, Studentin/Student	6
▪ in Ausbildung	0
▪ in Vollzeit tätig (ohne Erwerbsminderung)	12
▪ in Teilzeit tätig (ohne Erwerbsminderung)	7
berentet/pensioniert/in Vorruhestand	2
▪ Hausfrau/Hausmann	1
▪ Berufs- oder erwerbsunfähig (volle oder teilweise Erwerbsminderung)	2
▪ Arbeitssuchend	0
▪ Anderes ¹	4

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (n = 31)
laufende ambulante psychotherapeutische Behandlung	
▪ Anzahl Teilnehmende	24
▪ Geschlecht (männlich/weiblich/anderes)	10/13/0
▪ Dauer der aktuellen ambulanten psychotherapeutischen Behandlung in Monate (MW/SD/Range)	21/25/2–120
abgeschlossene ambulante psychotherapeutische Behandlung	
▪ Anzahl Teilnehmende	7
▪ Geschlecht (männlich/weiblich/anderes)	1/6/0
▪ Wie lange liegt der Abschluss der Therapie zurück?: Monate (MW/SD/Range)	13/5/9–24
Verteilung der Therapieverfahren*	
▪ Verhaltenstherapie (abgeschlossene/laufende Psychotherapie)	20 (4/16)
▪ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (abgeschlossene/laufende Psychotherapie)	9 (4/5)
▪ Analytische Psychotherapie (abgeschlossene/laufende Psychotherapie)	4 (1/3)
▪ Andere Therapieform (abgeschlossene/laufende Psychotherapie ²)	2 (0/2)
▪ Weiß nicht (abgeschlossene/laufende Psychotherapie)	2 (1/1)
Verteilung der Diagnosegruppen**	
▪ Depression	24
▪ Angststörung	15
▪ Somatoforme Störung	1
▪ Belastungsstörung	13
▪ Schizophrenie	2
▪ Suchterkrankung	6
▪ Essstörung	3
▪ Andere ³	12

Fg = Fokusgruppe; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; + Fehlender Wert = 1; * Mehrfachnennungen durch Patientinnen und Patienten

¹ Anderes: Erwerbsminderung, Umschulung, krank, in Elternzeit

² Andere Therapieform: Traumabewältigung, Elektrokonvulsionstherapie bei Patientinnen und Patienten in laufender ambulanter Psychotherapie

³ Andere: Anpassungsstörung an neue Lebenssituation, Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung, Autismus, Burn-out, gesundheitliche Erkrankung, Migräne, Persönlichkeitsstörung, Psychose, Suizidgedanken, Zwangsneurose

3.2.9 Beschreibung der ambulant tätigen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus den Fokusgruppen

Insgesamt führte das IQTIG im August 2018 drei Fokusgruppen mit n = 16 ambulant tätigen psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Berlin und Frankfurt am Main durch.

Die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hatten im Mittel 21 Jahre Erfahrung in der psychotherapeutischen Behandlung von Patientinnen und Patienten. Die Hälfte der befragten Teilnehmenden waren ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Sechs der befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gaben in Bezug auf die im Rahmen der durchgeführten Psychotherapien angewandten Therapieverfahren mehr als ein Verfahren an. Basierend auf den Angaben in den Kurzfragebögen wird mit 56 % (n = 9) der befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie am häufigsten angewendet. Darauf folgen mit rund 44 % (n = 7) die Verhaltenstherapie und mit 25 % (n = 4) die analytische Psychotherapie.

Ein Gesamtüberblick über die Charakteristika der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus den Fokusgruppen hinsichtlich der Variablen Alter, Geschlecht, Berufsbezeichnung, Berufserfahrung und angewandte Therapieverfahren kann Tabelle 8 entnommen werden.

Tabelle 8: Charakteristika der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Fokusgruppen

Charakteristika	Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen (n = 16)
Anzahl Teilnehmende je Fokusgruppe (Fg 1/Fg 2/Fg 3)	5/5/6
Alter (MW/SD/Range)	55/9/40–70
Geschlecht (männlich/weiblich/anderes)	7/9/0
Berufserfahrung als Psychotherapeutin/Psychotherapeut in Jahren (MW/SD/Range)	21/10/4–40
Berufsbezeichnung:	
▪ ärztliche Psychotherapeutin / ärztlicher Psychotherapeut	8
▪ psychologische Psychotherapeutin / psychologischer Psychotherapeut	8

Charakteristika	Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen (n = 16)
überwiegend durchgeführte psychotherapeutische Therapieverfahren¹	
▪ Verhaltenstherapie	7
▪ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	9
▪ analytische Psychotherapie	4
▪ andere Therapieverfahren ²	6

Fg = Fokusgruppe; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung

¹Sechs der befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gaben Mehrfachantworten

²Andere Therapieverfahren: Traumazentriert, Biofeedback

3.3 Hintergrundgespräche mit Expertinnen und Experten

Um Informationen zu Qualitätsdefiziten und zur Versorgungsrealität zu gewinnen, hatte das AQUA-Institut für die Erstellung der Konzeptskizze bereits umfangreiche Leitfadenterviews mit Expertinnen und Experten durchgeführt (AQUA 2015). Im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten der neuen Psychotherapie-Richtlinie zum 16. Februar 2017 war es erforderlich, die Erschließung des Verfahrensthemas insbesondere hinsichtlich des Versorgungsablaufs zu aktualisieren. Um Informationen zu den Auswirkungen der strukturellen Neuerungen durch die Psychotherapie-Richtlinie einholen zu können und diese in die Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze einzubringen, fanden im August und Oktober 2018 drei Gespräche mit ambulant tätigen Psychotherapeuten und einer Psychotherapeutin statt. Die Gespräche wurden genutzt, um im Zuge der folgenden Entwicklungsarbeiten zu antizipierende Problemstellungen wie die Abbildbarkeit von Outcomes, die begleitende Erfassung von Therapiefortschritten oder die Definition eines Therapieendes, aber auch Fragen zur Dokumentationspraxis zu erörtern. Die Gespräche dienten der genannten Themenerschließung und stellen im Gegensatz zu den anderen verwendeten Informationsquellen keine Grundlage für die Entwicklung des Qualitätsmodells dar. Für ein Gespräch konnte zum einen der auf dem Feld der Psychotherapieforschung tätige Leiter einer Poliklinischen Psychotherapieambulanz, ein Psychotherapeut mit niedergelassener Praxis und eine niedergelassene Psychotherapeutin mit umfassender Erfahrung zu Themen der Qualitätssicherung aus berufspolitischer Arbeit gewonnen werden. Die Gespräche nahmen ca. ein bis zwei Stunden in Anspruch und wurden persönlich oder telefonisch geführt. Die Gesprächsteilnehmer unterzeichneten eine datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung sowie eine Vertraulichkeitserklärung.

3.4 Empirische Analysen

3.4.1 Anonymisierte Sozialdaten bei den Krankenkassen

Für die Überprüfung und Aktualisierung der AQUA-Konzeptskizze zu einem QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie wurden empirische Prüfungen anhand von Sozialdaten bei den

Krankenkassen (gemäß § 299 Abs. 1a SGB V) durchgeführt, um Aussagen über das Versorgungsgeschehen und das adressierte Patientenkollektiv zu machen und die Nutzbarkeit von Sozialdaten zur Abbildung der Qualitätsaspekte einzuschätzen.

Daher wurde vom IQTIG im Rahmen der Überprüfung und Aktualisierung der AQUA-Konzeptskizze die Datenbereitstellung durch eine Krankenkasse angefragt. Die Anfrage beinhaltete die Anforderungen des Auftrags und die Auswertungsziele der empirischen Analysen.

Die Ziele der Datenauswertung sind:

- die Gewinnung von allgemeinen Erkenntnissen über das betroffene Patientenkollektiv, über erbrachte Leistungen und das Versorgungsgeschehen
- die Prüfung der Abbildbarkeit des zu erfassenden Patientenkollektivs
- die Identifikation von möglichen Qualitätsdefiziten und -potenzialen
- die Prüfung der Abbildbarkeit von Qualitätsdefiziten und -potentialen im Versorgungsgeschehen
- die Prüfung der Umsetzbarkeit der QS-Auslösung (sogenannter QS-Filter, Auslösung der Grundgesamtheit eines zukünftigen QS-Verfahrens) über die Sozialdaten bei den Krankenkassen

Es wurden folgende Datenbestände angefordert:

Tabelle 9: Erforderliche anonymisierte Daten – Datenbestände

Datenbestand nach Abrechnungskontext (jeweils SGB V)	Datenbestand	Beschreibung
§ 284	Stammdaten	Versichertendaten nach § 284
§ 301	Krankenhaus	Behandlung im Krankenhaus
§ 115b		Ambulantes Operieren im Krankenhaus
§ 117		Hochschulambulanz
§ 118		Psychiatrische Institutsambulanz
§ 295	ambulant kollektivvertraglich	Vertragsärztinnen und -ärzte einschließlich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit kollektivvertraglicher Abrechnung
§ 295a	ambulant selektivvertraglich	Vertragsärztinnen und -ärzte einschließlich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit selektivvertraglicher Abrechnung
§ 300	Apotheken	Verordnungsdaten Medikamente
§ 302	Heilmittel	Heilmittelverordnungen nach § 302

Als Einschränkung des angeforderten Datenpools ist zu nennen, dass die Sozialdaten zu selektivvertraglich geregelten Leistungen, also Leistungen für Patientinnen und Patienten, die über Selektivverträge nach §§ 73b, 73c oder 140 SGB V abgerechnet werden, nicht berücksichtigt werden können. Die in diesen Verträgen vereinbarten Abrechnungsnummern sind nicht in die Abrechnungsziffern des EBM übertragbar.

Zu erwähnen ist auch, dass anhand des zur Verfügung gestellten Datenpools noch keine Aussagen über das Versorgungsgeschehen nach der Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie gemacht werden können. Daher wurde zeitgleich eine weitere Datenlieferung im Herbst 2019 für die Entwicklung des QS-Verfahrens beantragt. Um eine Verknüpfung sämtlicher Informationen der beiden einzelnen Datenpools zu ermöglichen, wird eine anonymisierte Patienten-ID benötigt.

Für die Übermittlung der Daten wurde eine Feldspezifikation mit der kooperierenden Krankenkasse konsentiert, wobei anonymisierte Sozialdaten des Erfassungszeitraums April 2015 bis Juni 2017 beantragt wurden. Die Datenlieferung umfasste alle Versicherten der Krankenkasse.

Angefordert wurden für den Erfassungszeitraum anonymisierte Sozialdaten von volljährigen Versicherten (≥ 18 Jahre),

- für die im Untersuchungszeitraum mindestens eine gesicherte ambulante oder stationäre Diagnose (gemäß ICD-10-GM) aus dem Kapitel V F00-F99 „Psychische und Verhaltensstörungen“ dokumentiert wurde oder
- eine Gebührenordnungsposition (GOP) für Leistungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinien vorlag und
- die im Untersuchungszeitraum durchgängig versichert oder verstorben sind.

Die empirische Prüfung umfasste zwei Schritte. Zunächst erfolgte zur Vor- und Aufbereitung eine Validierung der gelieferten anonymisierten Sozialdaten. Danach wurde anhand der Daten geprüft, inwieweit sie für die Abbildung der Qualitätsaspekte genutzt werden können.

Validierung der gelieferten anonymisierten Sozialdaten

Die Daten wurden einer Prüfung auf Vollständigkeit, Kohärenz und Plausibilität unterzogen und anschließend in analyserechter Form aufbereitet. Die Datenaufbereitung umfasste das Prüfen und Entfernen von Sonderzeichen und die einheitliche Verwendung von Großbuchstaben bei GOP. Dies war für die Sicherstellung einer einheitlichen Formatierung notwendig, die für die Analysen erforderlich sind.

Operationalisierung der Grundgesamtheit, Informationsgenerierung zum Versorgungsgeschehen und Prüfung der Abbildbarkeit der Qualitätsaspekte

Nach der Aufbereitung der Daten wurde geprüft, ob die Grundgesamtheit mit den vorliegenden Datenquellen beschrieben werden kann und die Informationen, die zur Abbildung der Qualitätsaspekte notwendig sind, in den Datenquellen zu finden und valide bzw. in ihrer Qualität geeignet sind, um die Aspekte zu beschreiben und abzugrenzen.

Die betrachtete Grundgesamtheit besteht aus allen gesetzlich Versicherten ≥ 18 Jahre des Erfassungsjahres 2016, die durchgängig versichert oder im Erfassungsjahr verstorben sind, mindestens eine gesicherte ambulante oder stationäre Diagnose aus den Gruppen ICD-10-GM F00-F99 aufweisen und bei denen mindestens einmal eine Leistungsziffer für eine Kurz- oder Langzeittherapiesitzung der nach Psychotherapie-Richtlinie zugelassenen Therapieverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder analytische Psychotherapie) abgerechnet wurde.

Im Anschluss an die Operationalisierung der Grundgesamtheit wurden Analysen zum Versorgungsgeschehen durchgeführt und geprüft, ob die Daten zur Abbildung der Qualitätsaspekte geeignet sind.

Da es sich bei den vorliegenden Daten um eine Vollerhebung aus dem Versichertenbestand einer einzelnen Krankenkasse handelt, erfolgte für alle Analysen eine alters- und geschlechtsstandardisierte Hochrechnung auf die Population der gesetzlich Versicherten der Bundesrepublik Deutschland. Als Grundlage für die Hochrechnung dienten die sogenannten KM 6-Statistiken, die vom Bundesministerium für Gesundheit entsprechend der von den gesetzlichen Krankenkassen gelieferten Informationen veröffentlicht werden (BMG 2016), sowie eine Versichertenstatistik der kooperierenden Krankenkasse. Zu beachten ist, dass der Risikopool einzelner Krankenkassen unterschiedlich ist (z. B. Bildungsgrad oder Erwerbsstatus der Versicherten); diesem Umstand kann auch eine alters- und geschlechtsstandardisierte Hochrechnung nicht vollständig entgegenwirken.

3.4.2 Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Um die Anzahl der perspektivisch in ein QS-Verfahren eingeschlossenen Leistungserbringer sowie die Fallzahlen bei den einzelnen Leistungserbringern abschätzen zu können, wurde die Kassenärztliche Bundesvereinigung gebeten, Berechnungen für den Beobachtungszeitraum des Jahres 2017 vorzunehmen. So konnten auch erste Aussagen zum Versorgungsgeschehen nach Inkrafttreten der neuen Psychotherapie-Richtlinie gemacht werden. Konkret wurden folgende Informationen angefragt:

- Wie viele der Leistungserbringer haben in 2017 mindestens einmal eine der aufgeführten GOP abgerechnet?

Leistungserbringer:

- psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (FG-LANR 68)
- ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (FG-LANR 47, 51, 58, 60, 61)
- Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit vollem Versorgungsauftrag
- Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit hälftigem Versorgungsauftrag
- FG 47: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie
- FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie
- FG 60: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- FG 61: psychotherapeutisch tätige Ärztin / psychotherapeutisch tätiger Arzt (Zusatzbezeichnung)

GOP:

- 35421, 35422, 35425, 35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415
- Wie viele Patienten haben die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Jahr 2017 behandelt (Patientenzahl der Praxen bzw. Einrichtungen im Jahr 2017)?
- Wie häufig wurde im 2. Halbjahr 2017 für die Verhaltenstherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die analytische Psychotherapie eine GOP für Kurzzeittherapie 1, Kurzzeittherapie 2 und Langzeittherapie abgerechnet?
- Bei wie vielen Patientinnen und Patienten wurde im 2. Halbjahr 2017 mindestens einmal eine GOP für Kurzzeittherapie 1, Kurzzeittherapie 2 oder Langzeittherapie für die Verhaltenstherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die analytische Psychotherapie abgerechnet?
- Für wie viele Patientinnen und Patienten wurde im 2. Halbjahr 2017 mindestens eine GOP für die psychotherapeutische Sprechstunde, die Akutbehandlung oder eine probatorische Sitzung abgerechnet?

4 Ergebnisse

4.1 Patientenrelevante Qualitätsaspekte der Versorgung

Unter Berücksichtigung der Konzeptskizze des AQUA-Instituts und auf Grundlage der recherchierten Literatur sowie der Auswertungen der Fokusgruppen ließen sich insgesamt 15 patientenrelevante Qualitätsaspekte für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie ableiten:

- Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung
- Diagnostik
- Indikationsstellung
- Therapeutische Beziehung
- Informationen zu den Rahmenbedingungen
- Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen
- Information und Aufklärung zur Diagnose
- Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie
- Gemeinsame Behandlungsplanung
- Therapiezielvereinbarung
- Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung
- Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf
- Kooperation
- Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes
- Outcome

Die einzelnen Qualitätsaspekte werden im Folgenden dargestellt.

4.1.1 Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung

Die Sicherstellung des Zugangs zu einer medizinischen Versorgung ist eine Kernanforderung einer patientenzentrierten Versorgungsgestaltung (IQTIG 2018). Dieser patientenrelevante Aspekt bezieht sich hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgung auf die Wartezeit sowohl bis zu einem Erstkontakt mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als auch bis zur Aufnahme einer psychotherapeutischen Akutbehandlung oder einer Richtlinien-therapie. Zudem betrifft dieser Aspekt die Erreichbarkeit der Therapeutin oder des Therapeuten und den Zugang zum von der Patientin oder vom Patienten gewünschten Therapieverfahren oder zur gewünschten Therapeutin oder zum gewünschten Therapeuten.

Wartezeiten stellen eine erhebliche Belastung dar, insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung. Zudem steigt mit zunehmender Wartezeit der Anteil an Patientinnen und Patienten, die trotz psychiatrischer Diagnose keine ambulante psychotherapeutische Behandlung erhalten (BPtK 2018). Ebenfalls mit der Dauer der Wartezeit korreliert das Risiko einer Verschlechterung, Verlängerung oder Chronifizierung der Erkrankung (BPtK 2018). In

einer qualitativen Untersuchung zur Patientenperspektive bezüglich beeinträchtigender Behandlungsfaktoren bei Depressionen weisen van Grieken et al. (2014) in ihrer Studie darauf hin, dass die verzögerte Verfügbarkeit einer psychiatrischen Gesundheitsversorgung die Genesung, das Engagement in der Behandlung und das klinische Ergebnis beeinträchtigen oder verlangsamen können.

In den vom IQTIG durchgeführten Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung)²⁸ wird deutlich, dass der Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung und die Wartezeit für Patientinnen und Patienten von zentraler Bedeutung sind. Die berichteten Erfahrungen hierzu sind jedoch unterschiedlich. Einige Patientinnen und Patienten berichten von einer zeitnahen Versorgung, andere von langen Wartezeiten.

Und allgemein kann ich sagen, also wenn du so liest oder hörst von andere Leuten, ja, wie schwierig es ist, habe ich wahnsinnig Glück immer gehabt, weil ich fast nie eine Wartezeit hatte. Also, irgendwie bin ich immer ... (Fg2_Patientinnen und Patienten: 66)

Ähm, ich finde die Wartezeit teilweise eine absolute Frechheit. Und ich rede hier nicht von drei, vier Wochen, sondern ich rede hier von ein, zwei bis drei Jahren. (Fg1_Patientinnen und Patienten: 26)

In den Fokusgruppen (eigene Erhebung) wird zudem sowohl von Patientinnen und Patienten als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten berichtet, dass der Zugang zu einer gewünschten Therapeutin / einem gewünschten Therapeuten problematisch ist.

Ich habe jetzt zwei Jahre gesucht und habe jetzt letztendlich jemand genommen halbherzig, wieder in einem Therapiezent/Ausbildungszentrum, was ich eben nicht wollte, weil ich da meine letzten beiden Therapien gemacht habe und dieses Mal wollte ich bei einem schon fest angesessenen und, ähm, (...) Also es ist der momentane Zustand, ist echt katastrophal. (Fg3_Patientinnen und Patienten: 24)

Ich habe das Gefühl, die Patienten, also meine Patienten haben so einen Druck einen Platz zu finden, dass die gar nicht drüber nachdenken, ob ich vielleicht passe oder nicht. Also die nehmen das, ich sage, ich habe einen Platz, dann nehmen die das. (Fg3_Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: 106)

Ja, der (Druck) ist wahnsinnig groß. Die fragen nach der ersten Sitzung, kann ich bei Ihnen bleiben? (Fg3_Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: 107)

Mehreren Studien zufolge ist die Chance auf einen Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung ungleich verteilt und korreliert mit soziodemografischen Daten. Die Sekundärdatenanalyse von Epping et al. (2017) kommt zu dem Ergebnis, dass Personen mit einem niedrigeren sozio-

²⁸ Die vom IQTIG durchgeführten Fokusgruppen werden im Folgenden als „eigene Erhebung“ gekennzeichnet.

ökonomischen Status zwar ein höheres Risiko für eine psychische Erkrankung haben, im Vergleich zu ihrem Anteil in der untersuchten Stichprobe aber prozentual weniger psychotherapeutische Behandlung erhalten. Körner et al. (2014) zeigen, dass Menschen, die psychisch erkrankt sind und ein höheres Bildungsniveau haben, häufiger in Psychotherapie sind als Personen mit einem niedrigeren Bildungsniveau. Die Primärstudie von Walendzik et al. (2014) ergab u. a., dass im Vergleich mit Studienergebnissen aus epidemiologischen Untersuchungen, Männer und Ältere aus niedrigeren sozialen Schichten unterdurchschnittlich an der Versorgung mit ambulanter Psychotherapie partizipieren.

Was den Verbesserungsbedarf hinsichtlich des Zugangs und der Wartezeiten angeht, muss konstatiert werden, dass angesichts des bekannten Zugangsproblems und insbesondere der langen Wartezeiten auf Strukturebene bereits umfangreiche Maßnahmen eingeleitet und umgesetzt wurden. So sieht die neue Psychotherapie-Richtlinie eine verpflichtende psychotherapeutische Sprechstunde vor, um den Erstkontakt und ggf. eine Weiterleitung in die jeweils indizierte Versorgung zu forcieren – dies schließt auch im Falle einer indizierten Psychotherapie die Weiterleitung zum indizierten Therapieverfahren ein. Ebenfalls ist in § 1 Abs. 8 der neuen Psychotherapie-Richtlinie die telefonische Erreichbarkeit verpflichtend geregelt. Zusätzlich wurden durch die Kassenärztlichen Vereinigungen flächendeckend Terminservicestellen eingerichtet – sowohl für die Terminvergabe für Sprechstundentermine als auch für probatorische Sitzungen. Eine Behandlung bei einer/einem von der Patientin oder vom Patienten gewünschten Therapeutin / Therapeuten ist dabei nur bedingt – durch Wechselmöglichkeit – umsetzbar, da nur an die von den Therapeutinnen und Therapeuten selbst als zur Verfügung stehend gemeldeten Termine vermittelt werden kann. Hinsichtlich der außerordentlichen Stellung der therapeutischen Beziehung ist dies möglicherweise aus Patientensicht als nachteilig zu bewerten, stellt aber keinen konkreten Verbesserungsbedarf dar, da der einzelne Leistungserbringer über begrenzte Ressourcen verfügt. Eine Evaluation der neu eingeführten psychotherapeutischen Sprechstunde – als ein zentrales Element der Qualitätsverbesserung hinsichtlich des Zugangs – sieht die Richtlinie selbst vor. Im Rahmen des Innovationsfonds erfolgte im Herbst 2018 eine Förderbekanntmachung für Forschungsprojekte zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie (G-BA 2018b).

Eine 2017 durchgeführte Onlinebefragung unter Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die Leistungen entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie erbringen, ergab u. a., dass sich die Wartezeit auf ein Erstgespräch bzw. einen Ersttermin in der Sprechstunde im Mittel von 12,5 Wochen im Jahr 2011 auf 5,7 Wochen im Jahr 2017 reduziert hat. Fast 70 % der Patientinnen und Patienten haben bei den befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten innerhalb von 4 Wochen ein Erstgespräch (BPtK 2018). Zirka 66 % der Patientinnen und Patienten können innerhalb von 2 Wochen nach Anfrage eine psychotherapeutische Akutbehandlung aufnehmen, fast 90 % innerhalb von 4 Wochen (BPtK 2018). Für die Richtlinien-therapie hat sich die Wartezeit zwischen Anfrage und erstem Termin zwischen 2011 und 2017 lediglich um ca. 3,5 Wochen verkürzt und beträgt im Mittel immer noch ca. 20 Wochen. Ein Viertel der befragten Leistungserbringer gab an, dass Patientinnen und Patienten, für die der Zugang zu ambulanten psychotherapeutischen Leistungen zusätzlich erschwert ist – wie z. B. Patientinnen und Patien-

ten mit psychotischen Störungen, chronifizierten psychischen Erkrankungen oder Suchterkrankungen sowie Patientinnen und Patienten mit geringerem sozioökonomischen Status –, häufiger ein Erstgespräch in einer psychotherapeutischen Sprechstunde nutzen (BPtK 2018).

Ein zentraler Befund der Untersuchung ist auch, dass die Wartezeiten regional stark variieren, was auf die unterschiedliche Anzahl der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und damit auf die ungleich verteilte Anzahl der zur Verfügung stehenden Behandlungsplätze in einer Region zurückzuführen ist (BPtK 2018). Diesen Zusammenhang zwischen der Dauer der Wartezeit und der Versorgungsdichte zeigte zuletzt auch die Untersuchung der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung zur Versorgungssituation seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie (Rabe-Menssen et al. 2018).

Grundsätzlich könnten die durch diesen Qualitätsaspekt adressierten Themen 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.

4.1.2 Diagnostik

Die Diagnostik und Differenzialdiagnostik sind die Voraussetzung für die Indikationsstellung einer psychotherapeutischen Behandlung. Diagnosespezifische Leitlinien empfehlen daher eine sorgfältige Eingangsdagnostik, die u. a. eine ausführliche Anamnese mit Erhebung der aktuellen Symptomatik, die Befunderhebung psychischer und somatischer Komorbiditäten, die Medikamentenanamnese und die Behandlungsgeschichte umfasst. Je nach Krankheitsbild sind dabei im Rahmen der Diagnostik u. a. die Abklärung von Suizidalität oder eines möglichen Substanz- oder Alkoholmissbrauchs besonders zu berücksichtigen (DGPPN et al. 2015, Riemann et al. 2017, APA Work Group on Psychiatric Evaluation 2016, APA 2017, NCCMH 2011 [2018]-b, APA 2010 [2015], NCCMH 2011 [2018]-a, VA/DoD 2017, DGBS/DGPPN 2012 [2014]).

Leitlinien empfehlen neben der Erhebung der Symptomatik auch die Erhebung des Grads der funktionalen Beeinträchtigung (NCCMH 2011 [2018]-a, VA/DoD 2017, NCCMH 2010 [2018]) sowie die der Lebensqualität (APA Work Group on Psychiatric Evaluation 2016).

Neuere Leitlinien empfehlen zudem den Einsatz von Messinstrumenten in der Diagnostik. So empfiehlt die Leitlinie „Common mental health disorders“ die Verwendung eines Instruments

zur Diagnose- und / oder Problemidentifizierung oder eines validierten Instruments, das für die zu bewertende Störung oder das relevante Problem geeignet ist (NCCMH 2011 [2018]-a). In der Leitlinie „Psychiatric Evaluation of Adults“ wird empfohlen, dass die anfängliche psychiatrische Beurteilung einer Patientin oder eines Patienten quantitative Messungen der Symptome, des Funktionsniveaus und der Lebensqualität umfasst (APA Work Group on Psychiatric Evaluation 2016). Zudem wird für die erste psychiatrische Beurteilung einer Patientin oder eines Patienten empfohlen, die Gründe für die Behandlungswahl- bzw. -entscheidung transparent zu dokumentieren. Zudem sollten auch Ergebnisse zu ggf. durchgeführten klinischen Testverfahren dokumentiert werden (APA Work Group on Psychiatric Evaluation 2016). Zum Screening von riskantem Alkoholkonsum, schädlichem Alkoholgebrauch oder Alkoholabhängigkeit empfiehlt die Leitlinie „Alkoholbezogene Störungen: Screening, Diagnose und Behandlung“ den Einsatz von Fragebogenverfahren. Zur Diagnosestellung von Alkoholabhängigkeit oder schädlichem Alkoholgebrauch sollen validierte Instrumente eingesetzt werden (Aman et al. 2016).

Die AQUA-Konzeptskizze hatte hinsichtlich der Durchführung einer Eingangsdiagnostik aus der Literatur keinen Verbesserungsbedarf identifiziert (AQUA 2015).

Die für die AQUA-Konzeptskizze befragten Expertinnen und Experten wiesen jedoch auf zwei mögliche Qualitätsdefizite hin. So würde für eine umfassende Eingangsdiagnostik häufig zu wenig Zeit investiert. Im Rahmen der Arbeiten zur Aktualisierung konnte dies jedoch nicht verifiziert werden. Zudem würde häufig keine strukturierte Diagnostik unter Einsatz von Messinstrumenten erfolgen (AQUA 2015). Die Modellstudie der Techniker Krankenkasse zur Verlaufsmessung in der psychotherapeutischen Versorgung (Wittmann et al. 2011) zeigte, dass Therapeutinnen und Therapeuten, die bei der Diagnostik auch standardisierte Instrumente zur Symptomerhebung einsetzen, mehr und differenzierter diagnostizieren als Therapeutinnen und Therapeuten, die diese nicht einsetzen (AQUA 2015). Überdies ist der Einsatz von standardisierten Messinstrumenten im Rahmen der Eingangsdiagnostik eine Voraussetzung dafür, durch Folgemessungen eine stringenterer Verlaufsbeurteilung und ggf. eine Festlegung des Therapieendes zu ermöglichen (AQUA 2015).

Eigene Berechnungen des IQTIG anhand von Sozialdaten des Jahres 2016 ergaben, dass für nur 14,6 % der 2016 mit Richtlinien-therapie behandelten Patientinnen und Patienten der Einsatz eines Messinstruments abgerechnet wurde. Die Abrechnung des Einsatzes eines Messinstruments im zeitlichen Zusammenhang mit der Abrechnung einer probatorischen Sitzung, was auf einen Einsatz eines Messinstruments zu Beginn einer Behandlung hindeuten würde, erfolgte lediglich bei 10,6 %.

Für den Qualitätsaspekt „Diagnostik“ können die Hinweise auf einen Verbesserungsbedarf hinsichtlich des Einsatzes von Messinstrumenten im Rahmen der Diagnostik bestätigt werden, der durch den Leistungserbringer beeinflussbar wäre. Ob im Zusammenhang mit der Diagnostik psychodiagnostische Testverfahren zum Einsatz kamen, kann grundsätzlich über eine fallbezogene Dokumentation beim Leistungserbringer oder je nach Ausprägung des entsprechenden Qualitätsmerkmals über Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden.

4.1.3 Indikationsstellung

Auf Basis der Diagnosestellung wird der Patientin oder dem Patienten eine Therapie mit dem größtmöglichen Nutzen empfohlen. Dabei ist nicht nur zu prüfen, ob eine ambulante Psychotherapie grundsätzlich indiziert ist, sondern auch, welches auf die Diagnose abgestimmte Therapieverfahren in Betracht kommt. Einige diagnosespezifische Leitlinien beziehen sich in ihren Empfehlungen nicht nur auf eine grundsätzliche Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung, sondern empfehlen mitunter diagnosespezifisch ein bestimmtes Therapieverfahren, wobei für verschiedene Diagnosen insbesondere die Verhaltenstherapie empfohlen wird (Andreas et al. 2015, Bandelow et al. 2014, Amann et al. 2016, Riemann et al. 2017, NCCMH 2013 [2017], SIGN 2012 [2018], NCCMH 2011 [2018]-b, NCCMH 2006 [2014], VA/DoD 2016, NCCMH 2005 [2015]). Grundsätzlich können jedoch für jede Diagnose patientenindividuell auch andere Therapieverfahren indiziert sein (Bandelow et al. 2014, Jobst et al. 2016). Die entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie in Deutschland zugelassenen Therapieverfahren bieten Behandlungskonzepte für die meisten psychischen Erkrankungen an. Welches Verfahren genau indiziert ist, ist im hohen Maße von patientenbedingten und individuellen Kontextfaktoren wie Patientenpräferenzen, individuellen Bedürfnissen, Erfahrungen und Reaktionen auf Behandlungen in der Vergangenheit, der individuellen Ausprägung der Erkrankung, Komorbiditäten und individuellen Therapiezielen abhängig (APA 2010 [2015], Jobst et al. 2016, NCCMH 2010 [2018]). Dies wurde auch bereits in der AQUA-Konzeptskizze dargelegt (AQUA 2015).

Hinsichtlich der Indikationsstellung zu psychotherapeutischen Behandlungen konnten keine Hinweise auf ein Qualitätsdefizit gefunden werden. Neue Berechnungen des IQTIG auf Basis von Sozialdaten des Jahres 2016 ergaben, dass diagnoseübergreifend der Großteil der Patientinnen und Patienten mittels Verhaltenstherapie (54 %) oder mit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (42 %) behandelt wurden. 5 % der Patientinnen und Patienten erhielten eine analytische Psychotherapie. Bei einem Anteil von 1,2 % wurden mehrere Therapieverfahren abgerechnet. Die Verteilung der angewendeten Therapieverfahren hat sich im Vergleich mit den Sozialdaten, die zum Zeitpunkt der AQUA-Konzeptskizze vorlagen, nicht wesentlich verändert. Betrachtet man die Häufigkeit der angewandten Therapieverfahren für einzelne Diagnosen findet sich für einige eine deutliche Betonung in der Anwendung bestimmter Therapieverfahren. So werden phobische Störungen (F40.-) oder Zwangsstörungen (F42.-) überwiegend verhaltenstherapeutisch behandelt (F40.-: VT 74 %, TP 23 %, AP 3 %; F42.-: VT 64 %, TP 29 %, AP 6 %), während sich bei anderen ein eher ausgewogenes Verhältnis zwischen der Verhaltenstherapie und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie zeigt (z. B. Somatoforme Störungen (F45.-): VT 49 %, TP 47 %).

Ein Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Indikationsstellung zur ambulanten Psychotherapie kann daher nicht identifiziert werden. Auch ist die Überprüfung der korrekten Indikationsstellung für ein bestimmtes psychotherapeutisches Verfahren durch die Instrumente der gesetzlichen Qualitätssicherung nicht möglich. Daher wird dieser Aspekt nicht für das Qualitätsmodell selektiert.

4.1.4 Therapeutische Beziehung

Grundlage jeder psychotherapeutischen Intervention sollte die Entwicklung und die Aufrechterhaltung einer dauerhaft tragfähigen therapeutischen Beziehung sein. Diese trägt in herausgehobener Weise zum Behandlungserfolg bei (DGPPN et al. 2015, Bandelow et al. 2014, NCCMH 2012 [2016], APA 2010 [2015]).

Für die Definition der therapeutischen Beziehung existiert eine Reihe unterschiedlicher Konstrukte. Als gemeinsame Komponenten beinhalten diese eine durch Vertrauen geprägte emotionale Verbindung zwischen Patientin/Patientin und Therapeutin/Therapeut sowie die Verständigung und Übereinstimmung über die Therapieziele und die zu bewältigenden Aufgaben. Die Qualität der therapeutischen Beziehung stellt ein gut untersuchtes und entscheidendes Prozessmerkmal für den Erfolg einer Psychotherapie dar (Herpertz und Caspar 2017). Dies wurde auch bereits in der Konzeptskizze des AQUA-Instituts dargestellt (AQUA 2015). So weisen Meta-Analysen einen signifikanten Effekt der therapeutischen Beziehung auf das Therapieergebnis nach. Dieser Effekt ist unabhängig vom angewandten Therapieverfahren. Die therapeutische Beziehung kann somit als einer der wichtigsten allgemeinen Wirkfaktoren in der Psychotherapie angesehen werden.

Dies bestätigen auch neuere Studien wie der systematische Review von Kazantzis et al. (2018), in dem u. a. eine Korrelation zwischen therapeutischer Beziehung und Therapie-Outcome mit kleiner bis mittlerer Effektstärke für diese Korrelationsbeziehung gezeigt werden konnte. Auch die im Rahmen der Konzeptskizze des AQUA-Instituts befragten Expertinnen und Experten nannten die therapeutische Beziehung einen entscheidenden Wirkfaktor für den Therapieerfolg (AQUA 2015).

In der qualitativen Übersichtsarbeit von Levitt et al. (2016) wurden Empathie, Verständnis, Geduld und eine nicht urteilende Haltung der Therapeutin oder des Therapeuten von den Teilnehmenden als wichtige therapeutische Faktoren identifiziert. MacFarlane et al. (2015) kommen in ihrer Untersuchung zu Patientenerfahrungen mit der Allianzentwicklung zwischen Psychotherapeutin/Psychotherapeuten und Patientin/Patient zu dem Ergebnis, dass Patientinnen und Patienten einen rücksichtsvollen, aufmerksamen, empathischen und verständnisvollen Umgang schätzen. Die Untersuchung zeigt zudem, dass auch Patientinnen und Patienten den Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung als einen Entwicklungsprozess wahrnehmen (MacFarlane et al. 2015). Die Untersuchung von Oyer et al. (2016) zu Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit Anorexia nervosa hinsichtlich der therapeutischen Beziehung kommt zu dem Ergebnis, dass Patientinnen und Patienten eine bedingungslose positive Wertschätzung, Authentizität, Zusammenarbeit und eine nicht urteilende Einstellung der Therapeutin oder des Therapeuten als hilfreiche Aspekte in der Therapie empfinden. Des Weiteren schätzten die Teilnehmenden dieser Studie, die Ermutigung durch die Therapeutin oder den Therapeuten, sich an der Themenwahl zu beteiligen. Die Selbstreflexion der Therapeutin oder des Therapeuten wird von den meisten Teilnehmenden befürwortet und als Stärkung der therapeutischen Bindung betrachtet. Es wird zudem beschrieben, dass das Setzen von Grenzen für Therapeutinnen und Therapeuten und von Patientinnen und Patienten als wichtig erachtet wird. Als nicht hilfreich wurde der Mangel an Kompetenz und Vertrauen sowie der Mangel an Objektivität genannt

(Oyer et al. 2016). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die Untersuchung von Sandberg et al. (2017). Die dort befragten Patientinnen und Patienten beschreiben, dass ein sicheres Auftreten (Ruhe, Sicherheit und Sorgfalt in schwierigen Situationen) seitens der Therapeutin oder des Therapeuten wichtig sei. Die Ergebnisse unterstreichen die Wichtigkeit von persönlichem Kontakt, Sicherheit, Empathie und einer akzeptierenden Haltung seitens der Therapeutin oder des Therapeuten. Des Weiteren wird auch betont, wie wichtig das Vertrauen und ein vertiefter Kontakt mit der Therapeutin oder dem Therapeuten für eine erfolgreiche Behandlung sei (Sandberg et al. 2017). Die Untersuchung von Swift et al. (2017) zu hilfreichen und nicht hilfreichen Ereignissen in der Psychotherapie betont die Wichtigkeit von Präsenz sowie einer genauen und richtigen Kommunikation mit der Patientin und dem Patienten. Als hilfreiche therapeutische Eigenschaften wurden zudem neben spezifischen Behandlungstechniken (z. B. Emotionsverarbeitung) auch Faktorentechniken wie Empathie oder nicht urteilendes Zuhören ermittelt (Swift et al. 2017). Tzavela et al. (2016) beschreiben in ihrer Untersuchung den engen Zusammenhang zwischen der Entwicklung der therapeutischen Beziehung und dem Behandlungsfortschritt. Der Review von Wood et al. (2015) ergab, dass Patientinnen und Patienten die therapeutische Beziehung als zentralen Veränderungsmechanismus und somit als positiven und wichtigen Teil der Therapie ansehen, und hob die Bedeutung von Engagement, Zusammenarbeit, Wertschätzung und Gleichstellung hervor.

Aus den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (eigene Erhebung) geht hervor, dass sowohl aus Perspektive der Patientinnen und Patienten als auch der Behandelnden die therapeutische Beziehung ein zentrales Element der Therapie ist.

Ja, dass einem zugehört und dass so ein Raum geschaffen wird, in dem man, ähm, reden kann, aber auch genug Interesse besteht, ähm, dass nachgefragt wird, dass sich der Therapeut erinnert, was man erzählt, auch mal nachfragt entsprechend. (Fg2_Patientinnen und Patienten: 31)

Okay, also die therapeutischen Beziehungen ist sehr, sehr wichtig. Das ist eigentlich so das, wo ich persönlich finde, womit alles steht und fällt (...). (Fg1_Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: 15)

Ähm, mir ist das ganz wichtig eben, dass man ernst genommen wird, dass man verstanden wird und das Gefühl hat, dass man verstanden, aber Struktur, dass man weiß, woran man arbeitet, aber dass man dann trotzdem noch individuell auf den Patient oder auf mich eingehen kann, das finde ich für mich sehr wichtig. (Fg2_Patientinnen und Patienten: 31)

Laut der AQUA-Konzeptskizze lassen Forschungsergebnisse darauf schließen, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung und der Behandlungserfolg unter anderem auf individuelle Unterschiede zwischen den Therapeutinnen und Therapeuten zurückzuführen sind und dass die Persönlichkeitseigenschaften sowie die therapeutisch-technischen Fertigkeiten entscheidende Einflussfaktoren darstellen (AQUA 2015). Wesentliche weitere Einflussfaktoren stellen auch bestimmte Charakteristika der Patientinnen und Patienten wie z. B. das Störungsbild, Persönlich-

keitsstrukturen und der Bindungsstil dar (AQUA 2015). So ist bei der Gestaltung der therapeutischen Beziehung zu berücksichtigen, dass auftretende oder anhaltende Probleme in der therapeutischen Beziehung durch die Psychopathologie und die Symptomatik selbst verursacht sein können (APA 2010 [2015]).

Wie in der Konzeptskizze des AQUA-Instituts dargestellt, lässt sich die therapeutische Beziehung grundsätzlich mittels psychometrischer Messinstrumente abbilden (AQUA 2015). 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 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 patientenrelevanten Qualitätsaspekt dar, ist aber ungeeignet, um in einem QS-Verfahren adressiert zu werden.

Inhalte des Aspekts, die das Kommunikationsverhalten und den Kommunikationsstil betreffen, können jedoch in einem eigenen Qualitätsaspekt „Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung“ adressiert werden.

4.1.5 Informationen zu den Rahmenbedingungen

Patientinnen und Patienten haben einen Bedarf an ausführlichen Informationen zu den formalen Rahmenbedingungen und organisatorischen Voraussetzungen einer psychotherapeutischen Behandlung. Dazu zählen u. a. die Information und gemeinsame Absprachen zum zeitlichen Rahmen der Gesamtbehandlung und der einzelnen Sitzungen, erforderliche Formalitäten in Bezug auf die Kostenübernahme durch die Krankenkasse und Regelungen für den Fall von Terminabsagen oder -ausfällen. Die Inhalte einer Aufklärung sind im Patientenrechtegesetz (§ 630e Abs. 1) fixiert.

Aus den Fokusgruppen des IQTIG (eigene Erhebung) geht eindrücklich hervor, dass entsprechende Informationen aus Patientenperspektive von hoher Relevanz sind, zugleich aber in der Versorgung ein deutlicher Verbesserungsbedarf existiert.

Das, das, das ist überhaupt nicht besprochen worden, äh, wie es ablaufen soll, wie ist es mit den Stunden, wie das abläuft, wie die Bewilligung erfolgen muss und so weiter. Das ist alles gar nicht erfolgt. Ich habe das alles für mich selbst machen müssen. Er hat sich halt wie ein Therapeut hingestellt und hat gesagt, hier bin ich, gut. Das war mir zu wenig. (Fg2_Patientinnen und Patienten: 108)

Auch qualitative Studien legen dar, dass Patientinnen und Patienten Informationen zu den Rahmenbedingungen im Vorfeld der Behandlung und verbindliche Absprachen zu Möglichkeiten der

telefonischen Kontaktaufnahme außerhalb der Sitzungstermine als hilfreich empfinden (de Klerk et al. 2017). Die Übersichtsarbeit von Levitt et al. (2016) zeigt, dass Absprachen zu den Regeln und Rahmenbedingungen für die Patientinnen und Patienten Klarheit schaffen, wohingegen zu rigide organisatorische Festlegungen durch die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten am Beginn der Behandlung als weniger hilfreich für den Aufbau der therapeutischen Beziehung empfunden wurden.

Auch in den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) gibt es Hinweise darauf, dass Absprachen zu organisatorischen Belangen ein für Patientinnen und Patienten relevantes Thema sind.

Teilnehmerin/Teilnehmer 1: Aber, aber gerade wenn man so was, wenn man so was hört, eine Absageregung, dann komme ich mir schon so vor, dass ich als Mensch gar nicht im Mittelpunkt stehe, sondern so dieses Bürokratische irgendwo letztlich.

Teilnehmerin/Teilnehmer 2: Ich fühle mich dann wie so ein Feindbild.
(Fg3_Patientinnen und Patienten: 931)

Eine den Patientenbedürfnissen angepasste Verbesserung der Information zu den Rahmenbedingungen einer psychotherapeutischen Behandlung kann durch die einzelnen Leistungserbringer beeinflusst werden. Mittels einer Patientenbefragung können zu diesem Qualitätsaspekt Informationen im Rahmen eines QS-Verfahrens erhoben werden. Daher wird dieser patientenrelevante Aspekt für das Qualitätsmodell selektiert.

4.1.6 Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen

Eine der grundlegenden Anforderungen an eine patientenzentrierte Versorgung ist, Patientinnen und Patienten zu befähigen, informierte Entscheidungen zu treffen (IQTIG 2018).

Voraussetzung dafür ist eine umfassende Information u. a. über mögliche Behandlungsoptionen, deren Vor- und Nachteile, deren Risiken und Nebenwirkungen sowie das spezifische Psychotherapieverfahren. Entsprechend des Patientenrechtegesetzes (§ 630e Abs. 1) sind die Handelnden

verpflichtet über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

Dies gilt für die Psychotherapie ebenso wie für andere Therapieformen. So können diagnosespezifisch verschiedene Psychotherapieverfahren oder auch eine alleinige oder begleitende medikamentöse Therapie infrage kommen.

Im Gegensatz zu internistischen, chirurgischen oder pharmakologischen Therapieformen ist zum einen die Definition von Nebenwirkungen und zum anderen deren systematische Erfassung (z. B. im Rahmen von Studien) in der Psychotherapie noch ein neueres Feld. Unabhängig von einer allgemeingültigen Definition oder regelhaften Erfassung von Nebenwirkungen muss jedoch äquivalent zu anderen Therapieverfahren entsprechend des Patientenrechtegesetzes vor Beginn einer Psychotherapie über mögliche Behandlungsrisiken aufgeklärt werden (Strauß und Linden 2018).

Es ist sicherzustellen, dass die Zustimmung der Patientin oder des Patienten zur Behandlung auf der Bereitstellung klarer Informationen, die möglichst auch schriftlich vorliegen sollten, basiert (NCCMH 2010 [2018]). Das Formblatt PTV 10 ist entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie jeder Versicherten und jedem Versicherten während der psychotherapeutischen Sprechstunde zur Information auszuhändigen und beinhaltet eine allgemeine Patienteninformation zum Thema Ambulante Psychotherapie.

Insbesondere die Präferenz der informierten Patientin oder des informierten Patienten muss berücksichtigt werden (NCCMH 2014 [2018], NCCMH 2011 [2018]-b), um sicherzustellen, dass die Behandlung an den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ausgerichtet wird (NCCMH 2012 [2016]).

Bei der Auswahl eines Therapieverfahrens sind neben den persönlichen Präferenzen von Patientinnen und Patienten auch deren bisherige Erfahrungen mit der Erkrankung, Erfahrungen und Reaktionen auf frühere Behandlungen, die Ausprägung der Symptome, die Diagnose, der Schweregrad und die Dauer der Erkrankung, das Ausmaß einer damit verbundenen Funktionsbeeinträchtigung sowie eventuelle Komorbiditäten, aber auch soziale oder persönliche Faktoren zu berücksichtigen (NCCMH 2011 [2018]-b).

Diagnosespezifische Leitlinien empfehlen zudem, Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen zu informieren und, falls angebracht, zur Teilnahme zu ermuntern (DGPPN et al. 2015, Bandelow et al. 2014, NCCMH 2010 [2018]) (NCCMH 2012 [2016], NCCMH 2006 [2014], NCCMH 2011 [2018]-b).

Bereits in der AQUA-Konzeptskizze wurde dargestellt, dass es Hinweise darauf gibt, dass Patientinnen und Patienten nicht immer ausreichend über die verschiedenen Psychotherapieverfahren und andere Behandlungsoptionen aufgeklärt werden (AQUA 2015).

Dieser Verbesserungsbedarf bestätigt sich in den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung).

Was mir, was mir helfen würde in den ersten Stunden oder was mir so ein bisschen gefehlt hat, fällt mir gerade ein, dass man, ähm, so den Therapieansatz, dass sie mir den nahegebracht hätte, also dass sie gesagt hätte, ich hätte gerne, vielleicht könnten wir mit Ihnen Gesprächstherapie machen, Verhaltenstherapie oder wir machen einfach nur Entspannungsübungen, dass sie mich so, so, eingetaktet hätte. Das hat sie nicht gemacht und das habe ich ein bisschen vermisst. (Fg3_Patientinnen und Patienten: 172)

Interviewerin/Interviewer: Wurde mit Ihnen auch so ein bisschen gesprochen in den ersten Sitzungen, was es für Therapieformen gibt, wie so eine Therapie abläuft oder war das gar kein Thema?

Teilnehmerin/Teilnehmer 1: Also, bei mir war das nie ein Thema.

Teilnehmerin/Teilnehmer 2: Nein, bei mir auch nicht. (Fg1_Patientinnen und Patienten: 95-97)

Ich habe jetzt erst letzte Woche mal erfragt, welche Therapieform wir eigentlich haben und was wir hier machen (...) Ich gehe da immer hin und, ähm, gehe dann wieder und, ähm, meine, ähm, hat es auch nicht so direkt erklärt, aber es war auch nicht stand auch nie im Raum irgendwie, also hat mich auch in dem Sinne nicht interessiert. Ich hätte nicht gedacht, dass man das jetzt so unterschiedlich einteilen kann (Fg4_Patientinnen und Patienten: 59)

Ein bestehender Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Aufklärung zu den möglichen Psychotherapieverfahren wird auch von den befragten Therapeutinnen und Therapeuten in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) dargelegt.

(...) aber auch den Patienten eben aufzuklären und zu beraten, was gibt es überhaupt. Denn viele Patienten wissen ja gar nicht (Andere/r Teilnehmerin/Teilnehmer: Gar nichts wissen die.), was es für unterschiedliche Therapieformen gibt und auch welche die Kassen bezahlen. (Fg2_Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: 207)

Die Information und Aufklärung der Patientin oder des Patienten zu möglichen Behandlungsoptionen und Psychotherapieverfahren obliegt dem einzelnen Leistungserbringer. Mittels einer Patientenbefragung können zu diesem Qualitätsaspekt Informationen im Rahmen eines QS-Verfahrens erhoben werden. Daher wird dieser patientenrelevante Aspekt für das Qualitätsmodell selektiert.

4.1.7 Information und Aufklärung zur Diagnose

Insbesondere hinsichtlich einer ausführlichen Information und Aufklärung über das zugrundeliegende Krankheitsbild haben Patientinnen und Patienten besondere Ansprüche und Bedürfnisse. Diese stellen eine Voraussetzung für nachfolgende partizipativ gestaltete Entscheidungsfindungen dar. Leitlinien fordern daher eine umfassende Aufklärung der Patientinnen und Patienten über die Symptomatik und den Verlauf einer vorliegenden psychischen Erkrankung (DGPPN et al. 2015, APA Work Group on Psychiatric Evaluation 2016, NCCMH 2011 [2018]-a). Dies beinhaltet eine ausführliche Information über die Art und den Verlauf der vorliegenden Erkrankung, häufige Komorbiditäten, die Auswirkungen auf das soziale Funktionsniveau, Informationen über das Störungsbild (Krankheitsmodell) sowie deren Ursachen und die Symptomentstehung (NCCMH 2013 [2017]). Dazu zählt auch die Aufklärung über mögliche diagnose-spezifische Folgen, wenn die Erkrankung unbehandelt bleibt (APA Work Group on Psychiatric Evaluation 2016). Dies sollte in einem persönlichen Gespräch mit der Möglichkeit für Rückfragen erfolgen.

Die Untersuchung von van Grieken et al. (2014) zur Patientensicht bezüglich einschränkender Behandlungsfaktoren bei Depressionen zeigte, dass mangelnde Klarheit und Konsens über die Art der Depression und den Inhalt ihrer Behandlung das Engagement der Patientin oder des Patienten in der Behandlung und das klinische Ergebnis beeinträchtigen sowie den Therapieverlauf verzögern können.

Aus den Fokusgruppen (eigene Erhebung) geht hervor, dass sowohl die Mitteilung als auch ausführliche Erläuterungen zur Diagnose für die befragten Patientinnen und Patienten von äußerster Relevanz sind.

Dass ich quasi, eine Diagnose bekommen habe, wo ich gar nicht wusste, dass es ein Problem von mir ist, was jetzt aber total viel Sinn macht, so, und, ähm, genau, und auch einfach er mir viel erklärt. Für mich ist das wichtig, ähm, was so hinter meinem Problem steht und wie so die wissenschaftlichen Zusammenhänge sind, also, ja, ich kann damit viel anfangen und durch diese Erkenntnisse, die er mir dann halt auch vermittelt, aus dem wissenschaftlichen Hintergrund kann ich damit auch viel besser dann umgehen. (Fg4_Patientinnen und Patienten: 140)

(...) mein Verhaltenstherapeut hat mir meine, ähm, Diagnosen, ähm, (...) nicht auf dem Papier gegeben, sondern wir haben uns eine Stunde drüber unterhalten, und hat mir genau erklärt, was das ist, und hat mir auch genau erklärt, WODURCH das überhaupt entsteht, also das fand ich ganz wichtig, wo dann auch für mich dann so dieses, ja klar, wo dann halt auch für mich endlich dann so, so viele Lichter dann aufgegangen sind. (Fg1_Patientinnen und Patienten: 169)

(...) und dann war es auch irgendwie schön, dass es [die Erkrankung] irgendeinen Namen hat. Man weiß, okay, man ist anders als andere und man muss Sachen auch anders machen als andere. Ich fand das eher beruhigend irgendwie und ich wusste, okay, das hat jetzt einen Namen und ich weiß jetzt, wie ich das angehe und, ja, deswegen. Ich fand es schon wichtig. Die Diagnose war mir schon wichtig. (Fg4_Patientinnen und Patienten: 77)

Zugleich zeigt sich in den Fokusgruppen (eigene Erhebung), dass nicht alle der befragten Patientinnen und Patienten über ihre Diagnose von ihrer Therapeutin oder ihrem Therapeuten aufgeklärt wurden und damit ein deutlicher Verbesserungsbedarf vorliegt.

Interviewerin/Interviewer: Wie war es bei den anderen, wie ist da die Diagnose kommuniziert worden?

Teilnehmerin/Teilnehmer: Gar nicht bei mir. Das habe ich auf dem Papier gelesen, da stand ... Man bekommt ja irgendwann mal was Schriftliches, ja aber so drüber geredet, wurde nicht. (Fg1_Patientinnen und Patienten: 149)

Die Gestaltung des Aufklärungsgesprächs zur Diagnose und die durch die individuellen Bedürfnisse geleitete Information der Patientin und des Patienten obliegt den Leistungserbringern.

Mittels einer Patientenbefragung können zu diesem Qualitätsaspekt ebenfalls Informationen im Rahmen eines QS-Verfahrens erhoben werden. Daher wird dieser patientenrelevante Aspekt für das Qualitätsmodell selektiert.

4.1.8 Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie

Neben der Information und der Aufklärung zur Diagnose sowie zu Behandlungsoptionen und den verschiedenen therapeutischen Verfahren sollten Patientinnen und Patienten auch hinsichtlich der individuell geplanten Therapie aufgeklärt und informiert werden. Dies impliziert alle Informationen über die spezifischen Merkmale der geplanten Therapie wie z. B. die Inhalte und das konkrete therapeutische Vorgehen. Einige Leitlinien empfehlen, dass dabei auch Aspekte wie Wirkeintritt und die Nachhaltigkeit der Behandlung sowie unerwünschte Wirkungen angesprochen werden sollen (Bandelow et al. 2014, APA Work Group on Psychiatric Evaluation 2016).

Es konnte gezeigt werden, dass eine angemessene Informationsvermittlung Einfluss auf die Kooperationsbereitschaft und Behandlungstreue (Adhärenz), aber auch auf das Selbstbewusstsein und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten nimmt (Bandelow et al. 2014).

In qualitativen Studien wird deutlich, dass Patientinnen und Patienten es als hilfreich empfinden, wenn für sie die konkreten Therapieprozesse transparent vermittelt werden. So zeigte die Untersuchung von Werbart et al. (2015), dass es Patientinnen und Patienten Schwierigkeiten bereitet, die bei ihnen angewendete therapeutische Methode zu verstehen. Die Studie von van Grieken et al. (2014) arbeitete heraus, dass Patientinnen und Patienten verstehen wollen, weshalb eine bestimmte Therapieform gewählt wird und welche Ziele und generelle Struktur die Therapie hat. In diesem Zusammenhang wurde ein Mangel an Klarheit hinsichtlich der Therapieinhalte festgestellt. Aus der qualitativen Studie von Tzavela et al. (2016) ging hervor, dass über die Erklärung der Therapeutin oder des Therapeuten, *wie* im Zuge der Therapie geholfen werden kann, Patientinnen und Patienten Motivation und Vertrauen in die Therapiemethode entwickeln konnten.

Die aus den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) gewonnenen Hinweise auf einen Verbesserungsbedarf bezüglich der Information und Aufklärung zu den Therapieverfahren und möglichen Behandlungsoptionen haben auch für die Information zur konkret geplanten Therapie Gültigkeit.

Was mir, was mir helfen würde in den ersten Stunden oder was mir so ein bisschen gefehlt hat, fällt mir gerade ein, dass man, ähm, so den Therapieansatz, dass sie mir den nahegebracht hätte. (Fg3_Patientinnen und Patienten: 172)

Interviewerin/Interviewer: Wurde mit Ihnen auch so ein bisschen gesprochen in den ersten Sitzungen, was es für Therapieformen gibt, wie so eine Therapie abläuft oder war das gar kein Thema?

Teilnehmerin/Teilnehmer 1: Also, bei mir war das nie ein Thema.

Teilnehmerin/Teilnehmer 2: Nein, bei mir auch nicht. (Fg1_Patientinnen und Patienten: 95-97)

Die Aufklärung und Information der Patientin oder des Patienten zur geplanten Psychotherapie obliegt dem einzelnen Leistungserbringer. Mittels einer Patientenbefragung können zu diesem Qualitätsaspekt Informationen im Rahmen eines QS-Verfahrens erhoben werden. Daher wird dieser patientenrelevante Aspekt für das Qualitätsmodell selektiert.

4.1.9 Gemeinsame Behandlungsplanung

Eine weitere Kernanforderung an eine patientenzentrierte Versorgungsgestaltung ist das Angebot zur aktiven Beteiligung an Entscheidungen in selbstgewähltem Umfang. Dabei sind die individuellen Bedürfnisse und Präferenzen sowie die individuelle Lebenssituation der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen (IQTIG 2018). Daraus ergibt sich die Anforderung an eine auf die Patientin oder den Patienten individuell angepasste Therapieplanung im Sinne einer gemeinsamen Behandlungsplanung. Diese ist insbesondere in der Anfangsphase der Behandlung von großer Relevanz, spielt aber auch im Verlauf bei etwaig erforderlichen Anpassungen der Behandlung oder bei der Planung einzelner Therapieschritte eine Rolle. Leitlinien empfehlen in diesem Zusammenhang gemeinsame Absprachen zwischen Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeuten hinsichtlich der Behandlungsstrategien, einschließlich deren Wirkungen und Risiken (DGBS/DGPPN 2012 [2014], DGPPN et al. 2015, APA 2010 [2015], APA Work Group on Psychiatric Evaluation 2016, NCCMH 2011 [2018]-a, NCCMH 2012 [2016], VA/DoD 2017). Dabei sollte die Behandlung auf die individuellen Bedürfnisse und das konkrete Störungsbild sowie die konkrete Symptomatik zugeschnitten sein (NCCMH 2014 [2018]). Die zusätzliche Berücksichtigung kulturspezifischer Krankheits- und Behandlungskonzepte im Rahmen einer gemeinsamen Entscheidungsfindung erleichtert die Akzeptanz der Behandlung und die therapeutische Mitarbeit (Adhärenz; DGPPN et al. 2015). Eine weitere diagnosespezifische Leitlinie empfiehlt, auch die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und der psychosozialen Rahmenbedingungen individuell zu planen (Bandelow et al. 2014). Die Dauer und Frequenz psychotherapeutischer Behandlungen muss sich am aktuellen Zustand und den Bedürfnissen der Betroffenen sowie den Zielen der Behandlung orientieren (DGBS/DGPPN 2012 [2014]).

Auch die AQUA-Konzeptskizze kommt zu dem Ergebnis, dass die Mitwirkung der Patientin oder des Patienten bei der Entscheidungsfindung zudem zu einem besseren Krankheitsverständnis, zu einer verbesserten Therapieadhärenz und Kooperation der Patientin oder des Patienten führt und infolge dessen auch das Behandlungsergebnis beeinflusst (AQUA 2015).

Im Ergebnis der qualitativen Untersuchung von Birchwood et al. (2018) zu Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit Halluzinationen zeigte sich, dass diese den Einbezug ihrer Präferenzen in die Therapieplanung als hilfreich bewerteten. Die Untersuchung von Tzavela et al. (2016) zu den frühen Behandlungsprozessen einer kognitiven Verhaltenstherapie bei Patientinnen und Patienten mit einer Panikstörung findet Hinweise darauf, dass das Engagement der Patientinnen und Patienten innerhalb der Therapie vom Grad der Beteiligung und Selbstbestimmung im Rahmen der Behandlung abhängig ist.

Aus den vom IQTIG durchgeführten Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) ergibt sich, dass die Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Behandlungsplanung nicht nur zu Beginn einer Therapie, sondern auch im Verlauf sowie eine gemeinsame Planung des Behandlungsrahmens für Patientinnen und Patienten relevant ist.

Also da, ähm/das fand ich auch immer gut, dass sie halt dann zwischendurch immer die, ähm, Möglichkeit geboten hat, zu sagen, möchten Sie noch weiter..., also dass ich mich nicht so gezwungen fühle (Fg4_Patientinnen und Patienten: 50)

Die gemeinsame Behandlungsplanung im von der Patientin und vom Patienten gewünschten Umfang obliegt dem einzelnen Leistungserbringer. Informationen zu diesem Qualitätsaspekt lassen sich über eine Befragung von Patientinnen und Patienten erheben. Der Qualitätsaspekt wurde daher für das Qualitätsmodell selektiert.

4.1.10 Therapiezielvereinbarung

Das gemeinsame Erarbeiten von individuellen Therapiezielen ist eine wichtige Grundlage für die Inhalte der Behandlung und kann zugleich die Referenz zum Überprüfen des Therapieerfolges sein. Bereits in der AQUA-Konzeptskizze wurde herausgearbeitet, dass die Formulierung von Therapiezielen durch Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeuten zu einer Verbesserung des Therapieergebnisses führen kann, da auf diese Weise die Problemlage der Patientin oder des Patienten konkretisiert und somit spezifische Bewältigungsstrategien entwickelt und angewendet werden können (AQUA 2015). Zudem unterstützt das Vereinbaren gemeinsamer Therapieziele den Aufbau einer konstruktiven therapeutischen Beziehung (AQUA 2015).

Diagnosespezifische Leitlinien empfehlen, im Anschluss an die Diagnose, ein gemeinsames Festlegen der Therapieziele zwischen Therapeutin/Therapeut und Patientin/Patient und diese im Therapieverlauf immer wieder zu überprüfen. Bei Bedarf sollten ebenfalls die Angehörigen in die Definition der Behandlungsziele miteinbezogen werden (DGBS/DGPPN 2012 [2014], NCCMH 2013 [2017]).

Die im Rahmen der AQUA-Konzeptskizze interviewten Expertinnen und Experten betonten die wichtige Rolle der Patientinnen und Patienten bei der Definition der Therapieziele. Das gemeinsame Definieren von Zielen oder Meilensteinen, ein regelmäßiges Überprüfen und ggf. eine Anpassung der Ziele würden, den Expertinnen und Experten zufolge, zudem Einfluss auf die Therapieadhärenz der Patientinnen und Patienten haben (AQUA 2015).

Demgegenüber wird das Fehlen von praktisch anwendbaren Zielen als nachteilig, insbesondere für die finale Phase der Behandlung, genannt (de Klerk et al. 2017). Qualitative Studien weisen auf die positive und hilfreiche Wirkung von Therapiezielen auf den Therapieverlauf hin (Awenat et al. 2017, Bayliss und Holttum 2015, Levitt et al. 2016, Tzavela et al. 2016). In diesem Zusammenhang zeigen Levitt et al. (2016) in ihrer qualitativen Studie auf, dass das Einbeziehen der individuellen Wünsche von Patientinnen und Patienten bei der Zieldefinition besonders wichtig aus Patientenperspektive ist.

In den vom IQTIG durchgeführten Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) wird deutlich, wie wichtig für Patientinnen und Patienten das Festlegen von Therapiezielen ist.

Man hat, man braucht wahrscheinlich immer irgendwo so, ich sage immer so gerne, einen kleinen Anker, so, so einen kleinen Hafen, wo man vielleicht doch immer wieder mal andocken kann, ähm, aber ich wäre ohne eine Zielvereinbarung, wäre ich verloren gewesen, bin ich ganz ehrlich. (Fg1_Patientinnen und Patienten: 137)

Wenn ein Therapeut mit mir nicht zusammen aufarbeiten kann, mit mir zusammen auf ein Ziel hingehen kann, und wenn das nicht ist, dann sorry, dann brauche ich keinen Therapeuten. (Fg1_Patientinnen und Patienten: 69)

Auch in den Fokusgruppen mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (eigene Erhebung) wird die Relevanz von Therapiezielen herausgestellt.

Die Therapieziele, dass das Ganze auch so eine Richtung hat, hat so eine Zielsetzung hat, dass man mit Patienten gemeinsam so ein bisschen erarbeitet, wo soll es denn überhaupt hingehen, und dass diese Zielsetzung tatsächlich eine ist, die auch durch die Therapie erreicht werden kann. (Fg1_Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: 36)

Außerdem geht aus den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) hervor, dass Patientinnen und Patienten fehlende Therapieziele als negativ für ihre Behandlung empfinden und daher einen Verbesserungsbedarf sehen.

Das ist oft so, dann läuft es mal gut und dann denkt man, irgendwie läuft es gerade wieder total beschissen und warum bin ich jetzt seit fast drei Jahren da, wenn es irgendwie immer noch manchmal...(…) dass man sich fragt, wo ist denn eigentlich das Ziel. Ist überhaupt das Ziel, das abzustellen oder nur es zu wissen überhaupt oder, ja (...). (Fg4_Patientinnen und Patienten: 56)

Die Durchführung und Gestaltung einer partizipativen Therapiezielvereinbarung sind vom einzelnen Leistungserbringer beeinflussbar. Im Rahmen eines Verfahrens der gesetzlichen Qualitätssicherung könnten Informationen zu diesem Qualitätsaspekt über die fallbezogene QS-Dokumentation und die Befragung von Patientinnen und Patienten erhoben werden. Daher wurde dieser Aspekt für das Qualitätsmodell selektiert.

4.1.11 Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung

Eine gut funktionierende Kommunikation und Interaktion zwischen Patientinnen und Patienten und ihren Therapeutinnen und Therapeuten kann zur Entwicklung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung beitragen (MacFarlane et al. 2015). Demzufolge nimmt die Ausgestaltung der Interaktion und Kommunikation zwischen Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeuten eine wichtige Rolle in der

psychotherapeutischen Behandlung ein. In diesem Zusammenhang empfehlen diagnosespezifische Leitlinien eine patientenzentrierte Kommunikation, die in einer vertraulichen und die Privatsphäre sowie Würde der Patienten respektierenden Atmosphäre und in einer offenen, nicht wertenden sondern unterstützenden Art und Weise erfolgt (NCCMH 2010 [2018], NCCMH 2012 [2016], NCCMH 2011 [2018]-a). Die Kommunikation sollte eine wertschätzende und empathische Form haben (Swift et al. 2017). Des Weiteren empfehlen Leitlinien in diesem Zusammenhang die Verwendung einer verständlichen Sprache und die Vermeidung von Fachausdrücken ohne angemessene Erläuterungen (NCCMH 2011 [2018]-a, NCCMH 2010 [2018], DGPPN et al. 2015). Zudem fordern Leitlinien zunehmend eine Kultursensitivität in der Kommunikation (NCCMH 2010 [2018]).

In den Fokusgruppen des IQTIG mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) wird zudem deutlich, dass Patientinnen und Patienten eine individuelle Kommunikation, in deren Rahmen sie sich persönlich angesprochen fühlen, grundlegend ist.

Ich fühle mich unwohl, sobald ich das Gefühl habe, ich fühle mich wie eine Nummer. Wenn man einfach nur reinkommt und hallo, nichts Persönliches, gar nichts, keine Kommunikation, kein, keine Verbindung dasteht. Und wenn ich mir vorkomme wie eine Nummer, fühle ich mich recht unwohl. (...) und wenn man merkt, es kommt auch was entgegen und es ist nicht nur dieses abgedroschene, dieses, ja Sie haben gesagt und ja so und so, dann läuft das schon, dann ist das schon ganz gut, ja. (Fg1_Patientinnen und Patienten: 24)

Darüber hinaus verdeutlichen die befragten Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung), wie wichtig es für sie ist, dass die behandelnde Therapeutin oder der behandelnde Therapeut auch zuhören kann.

Das ist auch noch so ein Punkt, was ich vorhin noch sagen wollte, was wichtig ist, äh, eine Interaktion mit dem Therapeuten, dass die einen auch mal zu Wort kommen lassen. Es gibt viele, die reden einfach nur von sich und von, also so habe ich die Erfahrung gemacht. (Fg1_Patientinnen und Patienten: 57)

Auch in den Fokusgruppen mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (eigene Erhebung) wird betont, dass eine empathische, zugewandte, wertschätzende Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten eine bedeutsame Rolle im therapeutischen Prozess spielt.

Ja, ich mache vielleicht weiter. (I: Gern) Also, ich denke, dass die, äh, typischen Therapievoraussetzungen hier, die, äh, das Gefühl des Patienten, angenommen zu werden, bedingungslos angenommen zu werden, das Gefühl, verstanden zu werden, das heißt, die Empathie, äh, natürlich im Vordergrund stehen. (Fg1_Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: 20)

Dass in dem Bereichen Kommunikation und Interaktion ein Verbesserungsbedarf besteht, zeigt beispielsweise die Analyse von Franke et al., die eingegangene Beschwerdefälle im Zusammenhang mit psychotherapeutischer Behandlungen systematisch ausgewertet haben. So vermissten

Patientinnen und Patienten insbesondere den empathischen Umgang seitens ihrer Therapeutin bzw. ihres Therapeuten. Die befragten Patientinnen und Patienten gaben beispielhaft erniedrigende Kommentare, Vorverurteilungen mangelnde Wertschätzung durch Therapeutinnen und Therapeuten dafür an (Franke et al. 2016).

In diesem Zusammenhang wird in den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) deutlich, dass es für die Befragten wichtig ist, von der Therapeutin oder dem Therapeuten ernst genommen zu werden, und dies auch kommuniziert zu bekommen.

Ähm, mir ist das ganz wichtig eben, dass man ernst genommen wird, dass man verstanden wird und das Gefühl hat, dass man verstanden wird.
(Fg2_Patientinnen und Patienten: 31)

Mittels einer Patientenbefragung können zu diesem Qualitätsaspekt Informationen im Rahmen eines QS-Verfahrens erhoben werden. Daher wird dieser patientenrelevante Aspekt für das Qualitätsmodell selektiert.

4.1.12 Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf

Studien belegen, dass die regelmäßige Erhebung des Therapiefortschritts im Verlauf und ein dazugehöriges Feedback einen Einfluss auf den Therapieerfolg haben (Carlier et al. 2017, Amble et al. 2015). So lassen sich beispielsweise auch ungünstige Verläufe oder Fehlentwicklungen gezielt identifizieren und analysieren, und es können entsprechende Behandlungsentscheidungen getroffen und die Therapie patientenorientiert optimiert werden (Lutz et al. 2019). Auch in der AQUA-Konzeptskizze wurde dargestellt, dass die therapiebegleitende Überprüfung des Therapiefortschritts ein wichtiger Qualitätsaspekt der Behandlung ist und die Ausrichtung der Therapie an den patientenindividuellen Ziel- und Problembereichen fördert (AQUA 2015). Dabei fokussiert der Qualitätsaspekt zum einen auf das Erfassen von Therapieergebnissen im Verlauf unter Einbezug der Patientin oder des Patienten und zum anderen auf das Besprechen dieser im Sinne eines Feedbacks mit den Patientinnen und Patienten.

Auch in zahlreichen diagnosespezifischen Leitlinien wird die Bedeutung einer therapiebegleitenden Evaluation betont und empfohlen, während der Behandlung routinemäßig Ergebnismessungen durchzuführen und zudem sicherzustellen, dass Patientinnen und Patienten an der Überprüfung der Wirksamkeit der Behandlung beteiligt werden (NCCMH 2010 [2018], NCCMH 2013 [2017], NCCMH 2011 [2018]-a). Einige Leitlinien konkretisieren diese Empfehlungen dahingehend, dass sich die Überprüfung des Therapiefortschritts auf die spezifischen Behandlungsziele beziehen sollte (DGBS/DGPPN 2012 [2014]) sowie auf die Symptomatik und das psychosoziale Funktionsniveau (NCCMH 2011 [2018]-a). Zudem empfehlen diagnosespezifische Leitlinien den Einsatz von geeigneten Skalen oder validierten Instrumenten zur Selbst- und Fremdbeurteilung und eine sorgfältige Dokumentation (Bandelow et al. 2014, DGBS/DGPPN 2012 [2014], VA/DoD 2017).

Aus den Ergebnissen qualitativer Studien geht hervor, dass bei Patientinnen und Patienten das Bedürfnis besteht, individuelles Feedback hinsichtlich des Therapiefortschritts und ihrer eigenen Entwicklung von der Therapeutin oder dem Therapeuten zu erhalten. Beispielsweise wurde in

einer Untersuchung mit Patientinnen und Patienten mit Anorexia nervosa verbales Feedback der Therapeutin oder des Therapeuten hinsichtlich positiver Entwicklungsschritte als hilfreicher Therapiefaktor identifiziert (Oyer et al. 2016). Aus der Studie von Tzavela et al. (2016) geht hervor, dass Patientinnen und Patienten mit Panikstörung eine individuelle Rückmeldung der Therapeutin oder des Therapeuten hilfreicher empfinden als das Erhalten von allgemeinen bzw. theoretischen Informationen.

In den Fokusgruppen des IQTIG mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) wird ebenfalls die Relevanz eines Feedbacks zum Therapiefortschritt im Behandlungsverlauf deutlich. Einige Patientinnen und Patienten berichten davon, wie hilfreich sie es finden, Feedback im Therapieverlauf zu erhalten, andere äußern den Wunsch, Feedback zu erhalten.

Und da auch dann demjenigen halt ein bisschen Selbstbewusstsein wieder zurückzugeben, dass man sagt, hey, so falsch bin ich ja gar nicht. (...) Also, vielleicht auch das, dem Patienten einfach mal sagen, ey, das machst du toll und das Erfolgserlebnis hast du. Und guck mal, da kannst du dich reflektieren und da hast du jetzt anders gehandelt. (...) also vom Therapeuten halt einfach auch mal so ein Feedback zu bekommen (...) Also, ich hätte vielleicht auch gern mal ein Feedback zu sagen, hey, du machst das auch ganz toll. (Fg1_Patientinnen und Patienten: 234)

Also, sie sagt eigentlich fast gar nichts dazu, (...) noch nie irgendwie wirklich ein [Feedback]..., wo ich manchmal auch denke, so, sie hat jetzt gar nicht gesagt, ob das jetzt gut ist, wie ich das jetzt mache oder schlecht. (Fg4_Patientinnen und Patienten: 132)

Auch die befragten Therapeutinnen und Therapeuten in den Fokusgruppen des IQTIG (eigene Erhebung) heben das Besprechen von Therapiefortschritten im Rahmen des Therapieverlaufs als außerordentlich relevant für die Patientinnen und Patienten hervor.

Also, gerade bei denen, denen es schlechter geht und ganz langsam vorangeht, das ist oft wichtig, immer mal wieder anzuhalten und zu gucken, was hat sich verändert, können Sie sich vorstellen, vor zwei Jahren, wie war es da, wie ist es jetzt oder auch, dass ich von mir aus sage, ich habe den Eindruck, das hat sich verändert, das hat sich verändert und das hat sich verändert. Oft können die das noch gar nicht wahrnehmen, sondern die sind so in ihrem Elend, dass sie das nicht merken. (Fg2_Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: 345)

Neben dem Verbesserungsbedarf hinsichtlich von Feedbackgesprächen zum Therapieverlauf und zu Behandlungsfortschritten mit den Patientinnen und Patienten wurde bereits in der AQUA-Konzeptskizze ein Verbesserungsbedarf bezüglich Verlaufsmessungen unter Anwendung z. B. psychometrischer Tests konstatiert (AQUA 2015). Eigene Berechnungen des IQTIG anhand

von Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse bestätigten dies erneut. So wurde im Betrachtungsjahr insgesamt für nur 14,6 % der Behandlungsfälle der Einsatz psychodiagnostischer Testverfahren abgerechnet.

Die Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts obliegt dem einzelnen Leistungserbringer. Sowohl über die Patientenbefragung als auch die fallbezogene QS-Dokumentation und ggf. auch Sozialdaten bei den Krankenkassen können zu diesem Qualitätsaspekt Informationen erfasst werden. Daher wird dieser Aspekt für das Qualitätsmodell selektiert.

4.1.13 Kooperation

Die Versorgung von psychischen Erkrankungen kann zum einen ausschließlich psychotherapeutisch erfolgen. Häufig ist die Psychotherapie insbesondere bei schwer und chronisch Erkrankten zum anderen aber ein Element in einem komplexen sektorenübergreifenden Versorgungsgeschehen. Daran sind neben den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verschiedene Leistungserbringer wie Fachärztinnen und Fachärzte, Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sowie stationäre, teilstationäre oder rehabilitative Einrichtungen beteiligt. Die Versorgungslandschaft für psychische Erkrankungen ist heterogen und stark fragmentiert, was erhöhte Koordinierungsleistungen erforderlich macht (z. B. SVR-Gesundheit 2018). Zu einer patientenzentrierten Versorgungsgestaltung gehört auch die Sicherstellung der Koordination der Behandlung (IQTIG 2018), die u. a. auf Kooperation der an der Versorgung Beteiligten angewiesen ist.

Auch die qualitative Studie von Oyer et al. (2016) kommt u. a. zu dem Ergebnis, dass Patientinnen und Patienten es für ihre Therapie als hilfreich empfinden, wenn die Therapeutin oder der Therapeut mit anderen an ihrer Versorgung Beteiligten zusammenarbeitet.

Wie in der AQUA-Konzeptskizze dargestellt, ergeben sich daraus in vielen Fällen Kooperationsanforderungen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die AQUA-Konzeptskizze beschreibt folgende Anforderungen an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (AQUA 2015): Für alle betrachteten Diagnosen können grundsätzlich Absprachen der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten mit den mitbehandelnden Haus- oder Fachärztinnen und -ärzten notwendig werden, wie beispielsweise zur Behandlung somatischer Komorbiditäten oder zur Einstellung und kontinuierlichen Beobachtung der Medikation. Patientenindividuell können Absprachen mit nicht ärztlichen Berufsgruppen oder sozialpsychiatrischen bzw. psychosozialen Institutionen erforderlich sein. Dabei erleichtert eine verbindliche persönliche Erreichbarkeit der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten in einem adäquaten Zeitraum die notwendigen Absprachen mit den anderen beteiligten Akteuren. Förderlich kann zudem eine Einbindung der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten in (interdisziplinäre) Kooperations- und Netzwerkstrukturen sein.

Hinsichtlich bestehender Verbesserungsbedarfe führt die AQUA-Konzeptskizze aus, dass im Rahmen einer im Jahr 2009 durchgeführten Befragung von Mitgliedern der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung zur Versorgungsrealität am häufigsten eine bessere Erreichbarkeit und die aktive Kontaktaufnahme als Maßnahmen zur Verbesserung der Kooperation der Psychothera-

apeutinnen/Psychotherapeuten mit den Haus- und Kinderärztinnen/Haus- und Kinderärzten sowie Nervenärztinnen/Nervenärzten genannt wurden (AQUA 2015). Zudem wurden das Erstellen besserer Berichte bzw. Briefe und das Aufwenden von mehr Zeit für die Kooperation genannt. Nur 35 von den über 900 an der Befragung teilnehmenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sahen keinen Verbesserungsbedarf der Kooperation mit Haus- und Kinderärztinnen/Haus- und Kinderärzten, 65 der Befragten sahen keinen Verbesserungsbedarf der Kooperation mit Psychiaterinnen/Psychiatern und Nervenärztinnen/Nervenärzten (AQUA 2015). Weitere Hinweise auf Probleme im Bereich der Kooperation mit nicht medizinischen Berufsgruppen bzw. Institutionen liefert eine Befragung von 88 Nervenärztinnen und Nervenärzten von denen 63 angaben, überwiegend psychotherapeutisch tätig zu sein (AQUA 2015): Obwohl die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung äußerten, die interdisziplinäre Zusammenarbeit als besonders wichtig zu erachten, berichteten nur etwa ein Drittel der Befragten von telefonischen Kontakten mit sozialpsychiatrischen bzw. psychosozialen Einrichtungen, die zudem im Durchschnitt seltener als einmal im Quartal stattfanden (AQUA 2015).

Eine Verbesserung der Kooperation mit den an der Versorgung der psychotherapeutisch behandelten Patientinnen und Patienten ist durch die Leistungserbringer zumindest in wesentlichen Teilen beeinflussbar. Über eine fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer wäre diese auch erfassbar. Die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation sowie die Patientenbefragung wären eingeschränkt geeignet, Daten zu diesem Qualitätsaspekt zu erheben. Daher wurde dieser Qualitätsaspekt für das Qualitätsmodell selektiert.

4.1.14 Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes

Die Beendigung einer psychotherapeutischen Behandlung stellt einen wichtigen Abschnitt im Therapieprozess dar, der inhaltlich und zeitlich vonseiten der Therapeutinnen und Therapeuten strukturiert werden sollte. Dabei gilt es, einen ausreichenden Zeitraum zur Vorbereitung des Therapieendes einzuplanen. Inhaltlich sind u. a. das Bewusstmachen erlernter Kompetenzen / Strategien zur selbstständigen Anwendung nach Therapieende, das Besprechen von Behandlungs- und Hilfemöglichkeiten nach Therapieende sowie die Information und ggf. Weitervermittlung an andere, an der medizinischen Versorgung beteiligten Gruppen von Leistungserbringern hierfür von Relevanz.

Zudem empfehlen diagnosespezifische Leitlinien zur Stabilisierung des Therapieerfolgs und zur Senkung der Rückfallrate eine angemessene psychotherapeutische Nachbehandlung (Erhaltungstherapie), die im Sinne einer Rezidivprophylaxe insbesondere Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Rückfallrisiko angeboten werden sollte (NCCMH 2010 [2018], Jobst et al. 2016, DGPPN et al. 2015). Die Psychotherapierichtlinie führt in § 14 selbst aus, dass eine Rezidivprophylaxe integraler Bestandteil der Abschlussphase einer Richtlinien therapie nach § 15 ist, in der „Therapeutin oder Therapeut und Patientin oder Patient anstehende Entwicklungen, Aufgaben und Schwierigkeiten [besprechen], mit dem Ziel, zu erwartende kritische Ereignisse und Lebenssituationen zu identifizieren und Rückfälle zu vermeiden“. Strukturell sieht die Psychotherapierichtlinie Möglichkeiten für die Durchführung einer Rezidivprophylaxe entsprechend § 14

nur bei Langzeittherapien vor. Bereits die AQUA-Konzeptskizze wies auf zu geringe Möglichkeiten hinsichtlich der Durchführung von psychotherapeutischen Sitzungen mit dem Ziel der Rezidivprophylaxe oder der Aufrechterhaltung des Therapieergebnisses hin (AQUA 2015).

In der qualitativen Studie von de Klerk et al. (2017) wird deutlich, dass Patientinnen und Patienten auf das Ende einer Therapie vorbereitet werden sollen und insbesondere in der finalen Phase der Therapie die praktische Umsetzbarkeit gelernter Strategien im Alltag im Vordergrund stehen sollte.

In den durchgeführten Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) wird deutlich, dass die Befragten hinsichtlich der Vorbereitung auf den Therapieabschluss unterschiedliche Erfahrungen machen. Während einige Patientinnen und Patienten von einer gut strukturierten Vorbereitung sprechen, erfolgt bei anderen Patienten und Patienten der Therapieabschluss eher abrupt und überraschend.

Und, ähm, wir haben, glaube ich, weil wir haben zweieinhalb Jahre miteinander gearbeitet, und wir haben uns ein halbes Jahr auf den Abschluss vorbereitet (Fg1_Patientinnen und Patienten: 169)

Ja, also ich habe auch gesagt bekommen von der Therapeutin, Sie können sich ja dann mal melden. (...) aber so einen richtigen Abschluss habe ich eigentlich nicht gefunden. Sie sagte nur, ja, jetzt ist es halt zu Ende, weil die Krankenkasse zahlt es nicht mehr und dann war es zu Ende. (Fg1_Patientinnen und Patienten: 184)

In den Fokusgruppen mit Therapeutinnen und Therapeuten (eigene Erhebung) wird die Relevanz einer guten Vorbereitung auf das Therapieende diskutiert, in deren Rahmen Patientinnen und Patienten vermittelt wird, wie sie zukünftig mit kritischen Situationen umgehen können.

(...) das ist auch wichtig, dem Patienten zu vermitteln, wenn die Therapie beendet ist, ist es nicht so, dass es dir jetzt super geht den Rest deines Lebens, sondern du wirst die entsprechenden Dinge weiter haben, aber du wirst besser lernen, damit umzugehen, oder du wirst, das ist aber jetzt ein verhaltenstherapeutischer Ausdruck, sie kognitiv anders bewerten, kognitiv. (Fg2_Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: 309)

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

Ich hatte einmal erlebt, wir haben jetzt noch 20 Stunden und ich fing dann immer an zu rechnen, wie viel noch, wie viel noch, wie viel noch. Wir kamen dann auch wirklich nicht zu irgendeinem Ergebnis, was ich jetzt tun könnte und, ähm, es war für mich eine absolute Katastrophe und das war beendet (...) ich stand eigentlich wieder genauso da, wo ich stand, als hinging. (Fg1_Patientinnen und Patienten: 213)

Teilnehmerin/Teilnehmer 1: Ich habe vom Therapeuten nie einen Abschlussbericht bekommen.

Teilnehmerin/Teilnehmer 2: Ich auch nicht.

Teilnehmerin/Teilnehmer 1: Was eigentlich ganz sinnvoll wäre eigentlich, weil man da dann damit zu seinem Psychiater gehen kann oder zu seinem nächsten Therapeuten, den man dann hat, um das dann hinzulegen, ich war von dann bis dann da wegen dem habe ich mich vorgestellt, das und das hat er mit mir gemacht. (Fg1_Patientinnen und Patienten: 170-172)

In den Fokusgruppen mit Therapeutinnen und Therapeuten (eigene Erhebung) wird darüber hinaus diskutiert, dass Patientinnen und Patienten zum Teil der Umfang ihres verbleibenden Stundenkontingents nicht bekannt ist, was sich auf eine gute Vorbereitung auf den Therapieabschluss auswirken kann.

Teilnehmerin/Teilnehmer 1: Ja, wenn ich noch, wenn ich bei der letzten bewilligten Stunde sage, so, heute ist Schluss, das geht doch nicht.

Teilnehmerin/Teilnehmer 2: Genau, da hat der Patient nämlich nicht mitgerechnet, das gibt es nämlich auch, dass Patienten gar nicht mehr wissen, was sie noch für Kontingente haben. Ja, das wäre ja der Kracher, das geht ja gar nicht. Also, das wäre ein wirkliches No-Go (...). (Fg2_Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: 340-341)

Der in der AQUA-Konzeptskizze identifizierte Verbesserungsbedarf bezüglich einer ausreichenden Vorbereitung der Patientinnen und Patienten auf das Therapieende bestätigte sich in den vom IQTIG durchgeführten Fokusgruppen. Die Gestaltung der Abschlussphase der Therapie obliegt dem einzelnen Leistungserbringer und kann über eine fallbezogene QS-Dokumentation erfasst werden. Ebenso können mittels einer Patientenbefragung zu diesem Qualitätsaspekt Informationen im Rahmen eines QS-Verfahrens erhoben werden. Daher wird dieser patientenrelevante Aspekt für das Qualitätsmodell selektiert.

4.1.15 Outcome

Hinsichtlich des Behandlungsergebnisses ist zwischen den verschiedenen psychotherapeutischen Behandlungs- und Anwendungsformen zu differenzieren. Während entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie die psychotherapeutische Sprechstunde der Erstdiagnostik und der Beratung, Information sowie Klärung des individuellen Behandlungsbedarfs dient, so ist das Ziel einer psychotherapeutischen Akutbehandlung die zeitnahe Entlastung von Patientinnen oder Patienten mit akuter Symptomatik im ambulanten Bereich, um u. a. Chronifizierungen oder stationäre Behandlungen zu vermeiden. Anders als die Richtlinienpsychotherapien nach § 15 der Psychotherapie-Richtlinie wird „keine umfassende Bearbeitung der zugrundeliegenden ätiopathogenetischen Einflussfaktoren der psychischen Erkrankung [angestrebt], sondern dient [sie], der Besserung akuter psychischer Krisen- und Ausnahmezustände“ (§ 13 Psychotherapie-Richtlinie).

Das Behandlungsziel einer Richtlinienpsychotherapie und die Bewertung des Behandlungsergebnisses orientieren sich wesentlich an den individuellen Bedürfnissen und Zielen der Patientinnen oder Patienten. Die AQUA-Konzeptskizze erarbeitete als patientenrelevante Outcomes, die diagnose- und therapieverfahrensübergreifend in einem QS-Verfahren betrachtet werden könnten, erstens die Veränderung der Symptomatik im Sinne einer Symptomlinderung bzw. -reduzierung, zweitens die Veränderung der Funktionalität im Sinne einer Verbesserung der Funktionalität z. B. in Bereichen wie soziale Beziehungen, Arbeit oder Haushalt und drittens die Veränderung der Lebensqualität im Sinne einer Verbesserung sowie die Zielerreichung, d. h. das Erreichen individuell gesetzter Therapieziele (AQUA 2015). Ein weiteres Ergebnis der AQUA-Konzeptskizze war, dass der Therapiezielerreichung für die Beurteilung des Outcomes besondere Bedeutung zukommt. Ergebnisse einer psychotherapeutischen Behandlung wie beispielsweise Symptomverringering oder Verbesserung der Funktionalität oder Lebensqualität sollten immer im Zusammenhang mit dem Erreichen der individuell formulierten Therapieziele beurteilt werden (AQUA 2015).

Qualitative Studien kommen mehrfach zu dem Ergebnis, dass für Patientinnen und Patienten die Verringerung der Symptomatik, Strategien zum Umgang mit Symptomen, Selbstmanagementfähigkeiten, das Erlernen praktisch anwendbarer Fähigkeiten und Copingstrategien zentrale positive Effekte einer Psychotherapie sind (Awenat et al. 2017, Bayliss und Holttum 2015, Bell 2017, Birchwood et al. 2018, French et al. 2017, Janssen et al. 2017, Kahlon et al. 2014, Levitt et al. 2016, Lowe und Murray 2014). Aber auch eine Verbesserung der interpersonellen Beziehungsmuster und der psychosozialen Funktionalität werden patientenseitig als wichtige Outcomes genannt (Bell 2017, Birchwood et al. 2018, Levitt et al. 2016, Lowe und Murray 2014). In einigen Studie wird die Relevanz des Erlernens von Selbstmanagementfähigkeiten und Copingstrategien im Zuge der Therapie unter dem Gesichtspunkt hervorgehoben, dass dadurch eine nachhaltige Wirkung der Therapie über das Therapieende hinaus ermöglicht wird (French et al. 2017, Lowe und Murray 2014).

Die aus den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) abgeleiteten patientenrelevanten Outcomes decken sich mit denen der Literaturrecherche und den Ergebnissen der AQUA-Konzeptskizze. Patientinnen und Patienten betonen die Wichtigkeit einer Ressourcenstärkung, der Verbesserung der Lebensqualität sowie der Verbesserung der Funktionalität in Bereichen wie sozialen Beziehungen oder der Berufstätigkeit.

Ich habe es geschafft, Dinge von mehreren Seiten zu betrachten und es zu analysieren und dann, wenn man es lang genug auseinandergenommen hat und analysiert hat, ist das alles gar nicht mal so..., nicht ganz so schlimm. (Fg1_Patientinnen und Patienten: 203)

Dass man..., ja, Lebensqualität, dass es einem nicht mehr so schlecht geht, wie es einem davor ging, schwierig zu beschreiben, also Qualität halt wieder, dass man wieder gerne lebt. (Fg1_Patientinnen und Patienten: 204)

Einen Weg zu finden, damit besser umzugehen, seinen Tag, sein Leben, seine Woche, seinen Monat zu gestalten, sein Privates und sein Berufliches so zu gestalten, dass man auch wieder ein bisschen Qualität bekommt. Das ist ganz

wichtig, Qualität, die man ja zu Anfang nie hatte, als man da ganz unten war.
(Fg1_Patientinnen und Patienten: 208)

Teilnehmerin/Teilnehmer 1: Dass ich wieder arbeiten kann.

Teilnehmerin/Teilnehmer 2: Freude am Leben.

Teilnehmerin/Teilnehmer 1: Ja.

Teilnehmerin/Teilnehmer 3: Freude.

Teilnehmerin/Teilnehmer 4: Lust wegzugehen, irgendwo sich mit jemandem zu treffen.

Teilnehmerin/Teilnehmer 1: Lust auf Leben. (Fg2_Patientinnen und Patienten: 287-292)

Darüber hinaus wird in den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) die Bedeutung von im Rahmen der Psychotherapie erlernten Strategien und Fertigkeiten, die über das Therapieende hinaus wirken und zu einem selbstwirksamen Umgang mit der Erkrankung und ihren Symptomen verhelfen, betont.

Wir haben auf jeden Fall ein gutes Therapieergebnis erreicht, und zwar dieses, dass ich eben, ähm, meine Probleme auch erkennen kann, ähm, wenn sie wieder auftreten und irgendwie wurde bei mir was angetriggert (...), also zum einen, dass auch wenn es Tiefs gibt, dass das Leben nicht nur davon abhängig ist, es geht auch immer weiter. Also, einfach diese Erkenntnis. (Fg3_Patientinnen und Patienten: 331)

Na gut, eigentlich hoffe ich schon, dass ich das mal irgendwann überwinde, aber das kann nur so sein, dass ich so einen guten Handwerkskoffer habe, dass ich mit allem, was so kommt, umgehen kann, und ihn [den Therapeuten, Anmerkung des IQTIG] dann nicht mehr brauche. (Fg2_Patientinnen und Patienten: 215)

Outcomes einer ambulanten Psychotherapie werden bisher in der deutschen Versorgung nicht regelhaft und systematisch erfasst. Grundsätzlich könnten Ergebnisse der Behandlung über eine fallbezogene QS-Dokumentation oder eine Befragung von Patientinnen und Patienten adressiert werden. Der Aspekt wird daher in das Qualitätsmodell übernommen. In der weiteren Entwicklungsarbeit wird zu prüfen sein, welche Ergebnisse einer psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen eines Verfahrens der gesetzlichen Qualitätssicherung zu welchem Zeitpunkt adressierbar sind. Ebenso muss in der weiteren Entwicklungsarbeit geprüft werden, inwieweit insbesondere auch in Hinblick auf die umfassenden Anforderungen an eine Risikoadjustierung die Erfassung patientenrelevanter Outcomes der ambulanten Psychotherapie geeignet sind, gute von schlechter Qualität zu unterscheiden, um einen Leistungserbringervergleich zu ermöglichen.

4.2 Qualitätsmodell

Die Auswahl der identifizierten patientenrelevanten Qualitätsaspekte für das Qualitätsmodell, das die Grundlage für das zu entwickelnde QS-Verfahren ist, erfolgte entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG anhand folgender Kriterien (IQTIG 2018):

- Übereinstimmung mit dem Regelungsbereich des G-BA
- Potenzial zur Verbesserung
- Beeinflussbarkeit durch den einzelnen Leistungserbringer
- Grundsätzliche Erfassbarkeit mit den Instrumenten der gesetzlichen Qualitätssicherung

4.2.1 Nicht selektierte Qualitätsaspekte

Die Prüfung ergab, dass die folgenden drei Qualitätsaspekte nicht für das Qualitätsmodell selektiert werden konnten:

- Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung
- Indikationsstellung
- Therapeutische Beziehung

So besteht beim Aspekt zum Zugang zwar ein erheblicher Verbesserungsbedarf, dieser ist jedoch nicht durch den einzelnen Leistungserbringer beeinflussbar. Für den Qualitätsaspekt zur Indikationsstellung wiederum konnte kein Verbesserungsbedarf identifiziert werden. Der Qualitätsaspekt zur therapeutischen Beziehung kann im Kontext der gesetzlichen Qualitätssicherung und mit den ihr zur Verfügung stehenden Erhebungsinstrumenten nicht adäquat abgebildet werden.

4.2.2 Selektierte Qualitätsaspekte

Alle anderen verbleibenden zwölf identifizierten Qualitätsaspekte erfüllen die oben genannten Kriterien. Auf Basis der verschiedenen Wissensquellen konnten zudem für jeden Qualitätsaspekt Hinweise oder Belege hinsichtlich eines Verbesserungsbedarfs in der Versorgung dargelegt werden. Alle selektierten Qualitätsaspekte sind grundsätzlich durch eine externe Qualitätssicherung erfassbar sowie durch die Leistungserbringer beeinflussbar. Zudem stimmen sie mit den spezifischen Vorgaben der G-BA-Beauftragung, die den Hauptfokus eines zukünftigen QS-Verfahrens auf der Abbildung der Prozessqualität legt, überein.

Zusammenfassend wurden nach Prüfung der oben genannten Kriterien zwölf identifizierte patientenrelevante Qualitätsaspekte für das Qualitätsmodell selektiert (siehe Abbildung 4). Das Qualitätsmodell umfasst damit v. a. prozessbezogene, aber auch ergebnisbezogene Qualitätsaspekte (patientenrelevante Endpunkte) für die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Patientinnen und Patienten.



Abbildung 4: Qualitätsmodell mit selektierten Qualitätsaspekten

4.2.3 Vorläufige Einschätzung zur Eignung der verfügbaren Datenquellen zur Abbildung der Qualitätsaspekte

Für jeden Qualitätsaspekt des Qualitätsmodells erfolgte eine erste vorläufige Einschätzung hinsichtlich dessen Abbildbarkeit über die zur Verfügung stehenden Datenquellen (Tabelle 10).

Tabelle 10: Vorläufige Einschätzung zur Eignung der verfügbaren Datenquellen zur Abbildung der Qualitätsaspekte

Datenquellen / Qualitätsaspekte	Sozialdaten bei den Krankenkassen	fallbezogene QS-Dokumentation	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation	Patientenbefragung
Diagnostik	(x)	x	(x)	-
Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen	-	-	-	x
Information und Aufklärung zur Diagnose	-	-	-	x

Datenquellen Qualitätsaspekte	Sozialdaten bei den Krankenkassen	fallbezogene QS-Dokumentation	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation	Patientenbefragung
Informationen zu den Rahmenbedingungen	-	-	-	x
Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie	-	-	-	x
Gemeinsame Behandlungsplanung	-	-	-	x
Therapiezielvereinbarung	-	x	-	x
Kommunikation und Interaktion in der psychotherapeutischen Versorgung	-	-	-	x
Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf	-	x	(x)	x
Kooperation	-	x	(x)	(x)
Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes	-	x	-	x
Outcome	-	x *	-	x *

- x = Die Datenquelle ist zur Abbildung des Qualitätsaspekts bzw. von Teilen des Qualitätsaspekts geeignet.
- (x) = Die Datenquelle ist zur Abbildung des Qualitätsaspekts nur eingeschränkt geeignet (d. h., der Qualitätsaspekt kann mit einer anderen Datenquelle u. a. umfassender abgebildet werden).
- = Die Datenquelle ist zur Abbildung des Qualitätsaspekts nicht geeignet.
- x * = Die Datenquelle ist zur Abbildung des Qualitätsaspekts grundsätzlich geeignet, abschließend kann dies erst im Rahmen der Indikatorenentwicklung beurteilt werden.

Über die Sozialdaten bei den Krankenkassen und eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation können Qualitätsaspekte für ein QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie nicht oder nur äußerst eingeschränkt abgebildet werden. Die explizit für dieses Verfahren beauftragten Erfassungsinstrumente fallbezogene QS-Dokumentation und Patientenbefragung sind hingegen geeignet, um Informationen zu den selektierten Qualitätsaspekten zu erheben. Eine endgültige Festlegung der Datenquelle kann jedoch erst zu einem späteren Entwicklungszeitpunkt auf Merkmalsebene erfolgen.

5 Voraussetzungen für eine mögliche Umsetzung

Entsprechend der Beauftragung des G-BA soll im Zuge der Überprüfung und Aktualisierung der vom AQUA-Institut recherchierten Qualitätspotenziale sowie der Erstellung eines Qualitätsmodells ergänzend zu den Ausführungen in der Konzeptskizze des AQUA-Instituts eine erneute Einschätzung der gegebenen bzw. noch zu schaffenden Voraussetzungen für eine Umsetzung eines QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gegeben werden. Für das QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung wurde durch den G-BA die Entwicklung eines „kompakte[n], fokussierte[n] und **fallbezogene[n] Instrumentarium[s]** für den Einsatz in der ambulanten psychotherapeutischen Einrichtung [...], das diagnose- und verfahrensübergreifend einzusetzen ist“ sowie einer „**Patientenbefragung** mit einem validierten Patientenfragebogen“ beauftragt.

Um eine Aussage über die Umsetzbarkeit treffen zu können, gilt es unter anderem zu prüfen, über welche Datenquellen die selektierten Qualitätsaspekte des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells abgebildet werden können. Die Umsetzbarkeit des QS-Verfahrens ist an bestimmte verfahrenstechnische Voraussetzungen gebunden, wie beispielsweise die sichere Auslösung der dokumentationspflichtigen Fälle, ggf. die Identifikation des Behandlungsendes sowie die Implementierung einer elektronischen QS-Dokumentation.

QS-Auslösung

Die dokumentationspflichtigen Fälle können zu Beginn einer Richtlinienpsychotherapie mittels eines QS-Filters ausgelöst werden, da entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie eine psychotherapeutische Sprechstunde vor Aufnahme einer Richtlinienpsychotherapie oder einer Akutbehandlung verpflichtend von Patientinnen und Patienten aufzusuchen ist und hierfür eine spezifische Abrechnungsziffer im GOP-Katalog vorliegt (GOP 35151). Einschränkung ist dabei zu erwähnen, dass entsprechend § 11 der Psychotherapie-Richtlinie beispielsweise Patientinnen und Patienten, die „aus stationärer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V oder rehabilitativer Behandlung nach § 40 Absatz 1 oder 2 SGB V aufgrund einer Diagnose nach § 26 entlassen“ wurden, erforderliche probatorische Sitzungen nach § 12 und Akutbehandlung nach § 13 *ohne* psychotherapeutische Sprechstunde eine Richtlinienpsychotherapie beginnen können. Diese würden auf diese Weise nicht erfasst werden.

Eine weitere Möglichkeit der QS-Auslösung stellen die separaten Abrechnungsziffern für die probatorischen Sitzungen (GOP 35150) dar, die verpflichtend einer Richtlinienpsychotherapie vorausgehen (mindestens 2, maximal 4 probatorische Sitzungen). Würde der QS-Filter daran gekoppelt werden, ist zu beachten, dass die Behandlungsform der psychotherapeutischen Akutbehandlung, der keine probatorischen Sitzungen vorausgehen, gesondert, anhand der dafür vorgesehenen Abrechnungsziffer (GOP 35152), erfasst werden müsste. Die Entscheidung für die konkrete Ausgestaltung des QS-Filters hängt jedoch wesentlich von den für die Qualitätsaspekte im Rahmen der weiteren Entwicklungsarbeiten, final identifizierten Qualitätsmerkmalen ab.

Das Ende einer psychotherapeutischen Behandlung ist grundsätzlich definierbar. So ist es der jeweiligen Krankenkasse durch die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten mittels Formular anzuzeigen. Herausfordernd ist jedoch – je nach konkret adressierten Qualitätsmerkmalen – die zeitliche Verzögerung der Erkennbarkeit der Beendigung einer Therapie. Abschließende Aussagen können hierzu erst im Verlauf der eigentlichen Indikatorenentwicklung getroffen werden.

Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Mit dem zukünftigen QS-Verfahren werden erstmalig der Versorgungsbereich der ambulanten Psychotherapie und damit die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Leistungserbringer adressiert. Des Weiteren wird, anders als bei der überwiegenden Mehrzahl der bereits im Regelbetrieb befindlichen QS-Verfahren, nicht eine einzelne Diagnose oder eine spezielle Intervention betrachtet, sondern alle Richtlinienpsychotherapien bei volljährigen Patientinnen und Patienten, unabhängig von der Art des Psychotherapieverfahrens und der der Indikation zugrunde liegenden psychischen Erkrankung. Daraus folgt, dass voraussichtlich für alle bei einem Leistungserbringer in einer Richtlinienpsychotherapie befindlichen Patientinnen und Patienten eine QS-Dokumentation zu erstellen sein wird.

Entsprechend § 37 der Psychotherapie-Richtlinie besteht für die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten bei jeder Patientin und jedem Patienten die Verpflichtung zur schriftlichen Dokumentation, die mindestens das Datum der Leistungserbringung, die diagnostischen Erhebungen, wesentliche Inhalte der psychotherapeutischen Interventionen sowie die Ergebnisse beinhalten muss. Das mit der neuen Richtlinie verpflichtend eingeführte Formular „Individuelle Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde (PTV 11)“ ist ebenfalls Bestandteil dieser Dokumentation. Ob die Dokumentation elektronisch oder in Papierform erfolgt, ist dem Leistungserbringer bislang freigestellt. Ein standardisiertes Dokumentationsgeschehen ist in diesem Versorgungsbereich noch nicht etabliert und würde mit einer verpflichtenden QS-Dokumentation erstmalig eingeführt.

Eine softwaregestützte QS-Dokumentation wäre grundsätzlich realisierbar. Die ambulante fallbezogene QS-Dokumentation wird im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung bereits für das QS-Verfahren zur perkutanen Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie seit dem Erfassungsjahr 2016 im Regelbetrieb durchgeführt. Die strukturellen Voraussetzungen für eine solche softwaregestützte Dokumentation im Versorgungsbereich der ambulanten Psychotherapie können aber als herausfordernd eingeschätzt werden. So ist nicht zu erwarten, dass umfangreich auf bestehende Infrastrukturen zurückgegriffen werden kann, die eine automatisierte Übernahme von Daten in eine QS-Dokumentation ermöglichen würden. Das Praxisbarometer Digitalisierung der KBV vom August 2018, in welchem der Stand und die Perspektiven der Digitalisierung in der vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung analysiert wurden, zeigte insbesondere im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung einen erheblich geringeren Digitalisierungsanteil bei der Patientendokumentation als in der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung (KBV 2018b). Zudem kann nicht davon ausgegangen werden, dass einheitliche Softwareprodukte in den Praxen genutzt werden: Anhand weiterer Auswertungen der KBV

lässt sich ableiten, dass die verwendeten IT-Systeme im Vergleich zu den von anderen Facharztgruppen (wie z. B. für Innere Medizin, Allgemeinmedizin oder Kinder- und Jugendmedizin) zwar deutlich weniger heterogen sind. So werden 94 % der verwendeten Praxissoftwaresysteme von fünf Anbietern angeboten (KBV 2018a). Auf die ca. 6 % der Leistungserbringer verteilen sich 15 weitere Praxisverwaltungssysteme. Jedoch kann nicht davon ausgegangen werden, dass alle existierenden Softwareprodukte um die zur Durchführung der QS-Dokumentation notwendigen Funktionen ergänzt werden können. Vor dem Hintergrund der Erfahrungen aus früheren Entwicklungen für QS-Verfahren ist zu erwarten, dass nicht alle Hersteller von Praxissoftware bereit sind, die zur Durchführung der QS-Dokumentation notwendigen Funktionen in ihre Software zu implementieren. Darüber hinaus erscheinen die zusätzlichen Softwarelizenzkosten für den einzelnen Leistungserbringer zur QS-Dokumentation von nur relativ wenigen Fällen pro Jahr unverhältnismäßig. Eine Datenerfassung mittels zu installierender Softwareprodukte bei den Leistungserbringern ist somit durchaus kritisch zu betrachten. Daher sollte die Möglichkeit einer zentralen Webportallösung bei den Datenannahmestellen unbedingt in Betracht gezogen werden.

Im Zuge der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte sind bis Anfang 2019 auch alle niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, in ihren Praxen die Anbindung an die Telematikinfrastruktur zu gewährleisten, um durch fehlende Online-Prüfungen der Gültigkeit und Aktualität von Versichertendaten keine Vergütungskürzungen hinnehmen zu müssen (§ 291 Abs. 2b SGB V). Es ist zu erwarten, dass dies einen wesentlichen Impuls darstellt, den Anteil der psychotherapeutischen Praxen, die einen elektronischen Datenaustausch durchführen können, erheblich zu steigern.

Patientenbefragung

Für die Auslösung einer Patientenbefragung würden analog zur fallbezogenen QS-Dokumentation Informationen zur Identifikation der entsprechenden Fälle benötigt. Die Leistungserbringer würden die für den Versand des Fragebogens relevanten Informationen in einer QS-Software oder in einem webbasierten Erfassungssystem dokumentieren. Dieser Datensatz würde dann an die zuständige Datenannahmestelle übermittelt werden. Die Daten würden derart verschlüsselt, dass die Datenannahmestelle keine Einsicht in die Adressdaten der Patientin oder des Patienten und die behandlungsspezifischen Angaben zur Auslösung des Fragebogens hat. Sie hat lediglich Einsicht in die leistungserbringeridentifizierenden Daten und erzeugt ein Leistungserbringerpseudonym. Anschließend wird der Datensatz von der Datenannahmestelle an die Versendestelle übermittelt. Die Versendestelle entschlüsselt die erhaltenen Informationen mithilfe ihres privaten Schlüssels, zieht eine Stichprobe und wählt einen entsprechenden Fragebogen aus, der gedruckt zusammen mit einem personalisierten Anschreiben versendet wird. Dieser Fragebogen kann anschließend von der Patientin oder dem Patienten ausgefüllt und an das IQTIG zurückgesendet werden.

Konkrete Aussagen zu Umsetzungsdetails einer Patientenbefragung im Versorgungsbereich der ambulanten Psychotherapie können erst im Ergebnis der weiteren Entwicklungsarbeiten getroffen werden.

Erfassungszeitraum

In der Konzeptskizze des AQUA-Instituts wurde bereits dargestellt, dass die Dauer von psychotherapeutischen Behandlungen im Sinne einer Richtlinien-therapie stark vom Therapieverfahren und vom beantragten Stundenkontingent abhängt (AQUA 2015). Die Mehrheit der Behandlungen erstreckt sich dabei über 4 bis 11 Quartale, womit auch der derzeit in der gesetzlichen Qualitätssicherung übliche Erfassungszeitraum von einem Jahr überschritten wird (AQUA 2015). Daraus ergibt sich zudem, dass Behandlungsbeginn und Behandlungsende häufig nicht in dasselbe Kalenderjahr fallen. In der Konsequenz kann es perspektivisch erforderlich werden, dass Dokumentationen sowie das Zurverfügungstellen von z. B. auslösungsrelevanten Informationen (beispielsweise für eine Patientenbefragung) über ein Kalenderjahr hinaus möglich sein müssen.

Verknüpfung von Daten

Neben der Entwicklung einer Patientenbefragung ist im Auftrag des G-BA auch die Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis einer fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer vorgesehen, die komplexe Prozessanteile abbilden können. Im Hinblick auf konkrete Handlungsanschlüsse für den Leistungserbringer erscheint es sinnvoll, dass die Daten der zum Einsatz kommenden Erfassungsinstrumente miteinander verknüpft werden können. Zudem ist die Verknüpfung Voraussetzung dafür, dass Datenfelder aus beiden Instrumenten für die Risikoadjustierung bei der Berechnung von Ergebnisindikatoren verwendet werden können. Für eine Verknüpfung von Daten aus der Patientenbefragung mit Daten der fallbezogenen QS-Dokumentation besteht zurzeit noch keine gesetzliche Grundlage, was für die Zukunft aber wünschenswert wäre.

6 Fazit

Im Ergebnis des im vorliegenden Bericht dargelegten Entwicklungsprojekts der Aktualisierung der AQUA-Konzeptskizze für ein QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie ist zu konstatieren, dass insbesondere durch den Einbezug der Patientenperspektive im Rahmen von Fokusgruppen und die Auswertung von qualitativen Studien die in der AQUA-Konzeptskizze dargestellten diagnose- und therapieverfahrensübergreifenden Qualitätspotenziale im nun abgeleiteten Qualitätsmodell differenzierter weiterentwickelt werden konnten. Wenngleich weiterhin keine psychotherapie-, sondern diagnosespezifische Leitlinien existieren und aus der Literatur wenig Evidenz zu der Frage, was eine qualitativ gute Psychotherapie ausmacht, vorliegt, konnten aufgrund der Ergebnisse der Fokusgruppen und der recherchierten qualitativen Studien die Qualitätsanforderungen und vorliegende Verbesserungsbedarfe konkreter herausgearbeitet werden. Darüber hinaus wurde eine Anpassung der Qualitätsaspekte an die durch die neue Psychotherapie-Richtlinie geschaffenen Versorgungsstrukturen vorgenommen.

Es zeigte sich auch, dass die beauftragten Erfassungsinstrumente für das zu entwickelnde QS-Verfahren – die fallbezogene QS-Dokumentation und eine Patientenbefragung – grundsätzlich geeignet sind, die identifizierten Qualitätsaspekte abzubilden, wenngleich die Umsetzungshürden für die Implementierung einer fallbezogenen QS-Dokumentation unverändert hoch sind.

Hinsichtlich der im Rahmen der nachfolgenden Entwicklungsarbeit zu prüfenden Abbildbarkeit von Ergebnisqualität bestehen die bereits in der AQUA-Konzeptskizze benannten Schwierigkeiten der Identifikation des Therapieendes und einer umfassenden Risikoadjustierung fort.

Entsprechend der Beauftragung durch den G-BA bilden die Zielgruppe des zu entwickelnden Verfahrens Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahren), die eine psychotherapeutische Kurzzeit- oder Langzeittherapie bei ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Anspruch nehmen. Im Zuge der weiteren Entwicklung wird geprüft werden, welche identifizierten und selektierten Qualitätsaspekte sinnvoll auch auf die anderen Behandlungs- und Anwendungsformen, die keine Psychotherapie im Sinne von § 15 der Psychotherapie-Richtlinie sind, referenzieren können.

Das im Zuge der Aktualisierung erarbeitete Qualitätsmodell stellt eine gute Grundlage für die sich anschließende und durch den G-BA bereits beauftragte Entwicklung von Qualitätsindikatoren sowohl auf Basis einer fallbezogenen QS-Dokumentation als auch einer Patientenbefragung dar.

Literatur

- Amann, K; Arens, J; Beutel, M; Bilke-Hentsch, O; Bischof, G; Bonnet, U; et al. (2016): AWMF-Registernummer 076-001. S3-Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen [*Langfassung*]. Stand: 28.02.2016. Berlin [u. a.]: DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001l_S3-Leitlinie_Alkohol_2016-02.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- Amble, I; Gude, T; Stubdal, S; Andersen, BJ; Wampold, BE (2015): The effect of implementing the Outcome Questionnaire-45.2 feedback system in Norway: A multisite randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Psychotherapy Research* 25(6): 669-677. DOI: 10.1080/10503307.2014.928756.
- Andreas, S; Bartsch, G; Batra, A; Effertz, T; Gohlke, H; Jähne, A; et al. (2015): AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums [*Langfassung*]. Stand: 09.02.2015. Hamm [u. a.]: DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006l_S3_Tabak_2015-02.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- APA [American Psychiatric Association] (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder. Third Edition. [Stand:] October 2010 [reaffirmed 31.10.2015]. Washington, DC: APA. URL: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf (abgerufen am: 12.07.2018).
- APA [American Psychiatric Association] Work Group on Psychiatric Evaluation (2016): Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults [*Full Guideline*]. Third edition. Arlington, US-VA: APA. ISBN: 978-0-89042-465-0. URL: <https://psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.books.9780890426760> (abgerufen am: 11.07.2018).
- APA [American Psychological Association] (2017): Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults [*Full Guideline*]. Washington, DC: APA. URL: <http://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf> (abgerufen am: 11.07.2018).
- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2015): Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter. Konzeptskizze. Stand: 13.10.2015. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-032. URL: https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/413_Ambulante_Psychotherapie/Konzeptskizze_Ambulante_Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 02.08.2018).
- Awenat, YF; Shaw-Núñez, E; Kelly, J; Law, H; Ahmed, S; Welford, M; et al. (2017): A qualitative analysis of the experiences of people with psychosis of a novel cognitive behavioural therapy targeting suicidality. *Psychosis – Psychological, Social and Integrative Approaches* 9(1): 38-47. DOI: 10.1080/17522439.2016.1198827.

- Bandelow, B; Wiltink, J; Alpers, GW; Benecke, C; Deckert, J; Eckhardt-Henn, A; et al. (2014): AWMF-Registernummer 051-028. S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen [Langfassung]. Stand: 15.04.2014. Berlin [u. a.]: DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-028l_S3_Angstst%C3%B6rungen_2014-05_2.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- Bayliss, P; Holtum, S (2015): Experiences of antidepressant medication and cognitive – behavioural therapy for depression: A grounded theory study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 88(3): 317-334. DOI: 10.1111/papt.12040.
- Bell, CR (2017): Psychotherapeutic Subjectivities: A thematic Analysis of Experiences of Change in Psychoanalysis / Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy [Dissertation]. Carrolton, US-GA: University of West Georgia, College of Social Sciences. ProQuest Number: 10640305.
- Birchwood, M; Mohan, L; Meaden, A; Tarriner, N; Lewis, S; Wykes, T; et al. (2018): The COMMAND trial of cognitive therapy for harmful compliance with command hallucinations (CTCH): a qualitative study of acceptability and tolerability in the UK. *BMJ Open* 8(6): e021657. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-021657.
- BMG [Bundesministerium für Gesundheit] (2016): Statistik über Versicherte, gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart (Stichtag: 1. Juli 2016) [Tabellen]. [Stand:] 16.08.2016. Berlin [u. a.]: BMG. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM6_2016.xls (abgerufen am: 12.02.2019).
- BPTK [Bundes Psychotherapeuten Kammer] (2018): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018 [Studie]. [Stand:] 11.04.2018. Berlin: BPTK. URL: https://www.bptk.de/uploads/media/20180411_BPTK-Studie_Wartezeiten_2018.pdf (abgerufen am: 07.08.2018).
- Carlier, IV; Kovács, V; van Noorden, MS; van der Feltz-Cornelis, C; Mooij, N; Schulte-van Maaren, YWM; et al. (2017): Evaluating the Responsiveness to Therapeutic Change with Routine Outcome Monitoring: A Comparison of the Symptom Questionnaire-48 (SQ-48) with the Brief Symptom Inventory (BSI) and the Outcome Questionnaire-45 (OQ-45). *Clinical Psychology and Psychotherapy* 24: 61-71. DOI: 10.1002/cpp.1978.
- de Klerk, N; Abma, TA; Bamelis, LL; Arntz, A (2017): Schema Therapy for Personality Disorders: a Qualitative Study of Patients' and Therapists' Perspectives. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 45(1): 31-45. DOI: 10.1017/S1352465816000357.

- DGBS [Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde] (2012 [2014]): S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion 1.8. [Stand:] Mai 2012, Letzte Anpassung: Januar 2014. Frankfurt am Main [u. a.]: DGBS [u. a.]. URL: http://www.leitlinie-bipolar.de/wp-content/uploads/2016/07/S3_Leitlinie-Bipolar_V1_8.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; NVL-Programm von BÄK [Bundesärztekammer], KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung], AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]; DEGAM Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin]; DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie]; DGRW [Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften]; DÄVT [Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie]; et al. (2015): AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie. Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression [Langfassung]. 2. Auflage, Version 5. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. DOI: 10.6101/AZQ/000364.
- Dreher, M; Dreher, E (1982): Gruppendiskussion. Kapitel 7. In: Huber, GL; Mandl, H; Hrsg.: *Verbale Daten*. Weinheim [u. a.]: Beltz Verlag, 141-164. ISBN: 978-3-40754-632-6.
- Epping, J; Muschik, D; Geyer, S (2017): Social inequalities in the utilization of outpatient psychotherapy: analyses of registry data from German statutory health insurance. *International Journal for Equity in Health* 16: 147. DOI: 10.1186/s12939-017-0644-5.
- Franke, P; Schleu, A; Hillebrand, V; Welther, M; Straus, B (2016): Beschwerden über Fehlverhalten in der Psychotherapie, Teil 1. Quantitative und qualitative Analyse der Dokumentation des Vereins Ethik in der Psychotherapie 2006–2015. *Psychotherapeut* 61(6): 507-515. DOI: 10.1007/s00278-016-0134-z.
- French, LR; Thomas, L; Campbell, J; Kuyken, W; Lewis, G; Williams, C; et al. (2017): Individuals' Long Term Use of Cognitive Behavioural Skills to Manage their Depression: A Qualitative Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 45(1): 46-57. DOI: 10.1017/S1352465816000382.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Anerkennung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren. [Stand]: 22.11.2018. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3588/2018-11-22_PT-RL_Nutzen-Systemische-Therapie.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).

- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss], Innovationsausschuss (2018b): Förderbekanntmachung des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss zur Förderung von Versorgungsforschung gemäß § 92a Absatz 2 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V): Forschungsprojekte zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (PT-RL). [Stand:] 23.11.2018. Berlin: G-BA. BAnz AT 12.12.2018 B7. URL: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/147/2018-11-23_Foederbekanntmachung_EVA_PT-RL_2019_BAnz.pdf (abgerufen am: 16.01.2019).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss], Innovationsausschuss (2018a): Geförderte Projekte des Innovationsausschusses zur Förderbekanntmachung neue Versorgungsformen vom 20. Oktober 2017. Stand: Dezember 2018. Berlin: G-BA. URL: <https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/158/Liste-gefoerderte-Projekte-nVF-FBK-20-10-2017.pdf> (abgerufen am: 16.01.2019).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss], Innovationsausschuss (2018b): Geförderte Projekte des Innovationsausschusses zur Förderbekanntmachung Versorgungsforschung vom 20. Oktober 2017. Stand: September 2018. Berlin: G-BA. URL: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/112/Liste-gefoerderter-Projekte-VSF-FBK_20-10-2017.pdf (abgerufen am: 16.01.2019).
- Gaebel, W; Zielasek, J; Kowitz, S (2016): Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung. Eine Analyse von Sekundärdaten. *Nervenarzt* 87(11): 1201-1210. DOI: 10.1007/s00115-016-0168-z.
- Herpertz, S; Caspar, F (2017): Therapeutische Beziehung, Patientenmerkmale und Behandlungsprognose. Kapitel 4. In: Herpertz, S; Caspar, F; Lieb, K; Hrsg.: *Psychotherapie: Funktions- und störungsorientiertes Vorgehen*. München: Elsevier, 65-76. ISBN: 978-3-437-23731-7.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018): Methodische Grundlagen V1.1s. Entwurf für das Stellungnahmeverfahren. Stand: 15.11.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1s-2018-11-15.pdf (abgerufen am: 20.02.2019).
- Janssen, L; de Vries, AM; Heparik, S; Speckens, AEM (2017): The Feasibility, Effectiveness, and Process of Change of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Adults With ADHD: A Mixed-Method Pilot Study. *Journal of Attention Disorders*, Epub 30.08.2017. DOI: 10.1177/1087054717727350.
- Jobst, A; Brakemeier, E-L; Buchheim, A; Caspar, F; Cuijpers, P; Ebmeier, KP; et al. (2016): European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe. *European Psychiatry* 33: 18-36. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.12.003.
- Kahlon, S; Neal, A; Patterson, TG (2014): Experiences of cognitive behavioural therapy formulation in clients with depression. *Cognitive Behaviour Therapist* 7(e8). DOI: 10.1017/S1754470X14000075.

- Kazantzis, N; Luong, HK; Usatoff, AS; Impala, T; Yew, RY; Hofmann, SG (2018): The Processes of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-Analyses. *Cognitive Therapy and Research* 42(4): 349-357. DOI: 10.1007/s10608-018-9920-y.
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Krankenkassen] (2017): Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung). Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä). [Stand:] 09.05.2017. In Krafttreten am 01.07.2017. Berlin: KBV [u. a.]. URL: https://www.kbv.de/media/sp/01_Psychotherapie_Aerzte.pdf (abgerufen am: 27.11.2018).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2018a): IT in der Arztpraxis: Top 20 Systeme – Psychotherapeuten. Stand: 31.03.2018. Berlin: KBV. URL: http://kbv.de/media/sp/Arztgruppe_Psychotherapeuten.pdf (abgerufen am: 21.12.2018).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; Hrsg. (2018b): Praxisbarometer Digitalisierung. Stand und Perspektiven der Digitalisierung in der Vertragsärztlichen und Psychotherapeutischen Versorgung. Stand: 31.08.2018. Berlin: KBV. URL: http://www.kbv.de/media/sp/PraxisBarometer_Digitalisierung_2018.pdf (abgerufen am: 21.12.2018).
- Körner, M; Maschke, B; Janssen, C (2014): Social Determinants of the Utilization of Psychotherapeutic Care in Germany. Chapter 15. In: Janssen, C; Ladebeck, N; von Lengerke, T: *Health Care Utilization in Germany. Theory, Methodology and Results*. New York: Springer, 279-344. ISBN: 978-1-4614-9190-3.
- Krueger, RA; Casey, MA (2015): Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research. 5th Edition. Thousand Oaks, US-CA: SAGE. ISBN: 978-1-4833-6524-4.
- Lamnek, S (2010): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 5. überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz Verlag. ISBN: 978-3-621-27770-9.
- Levitt, HM; Pomerville, A; Surace, FI (2016): A Qualitative Meta-Analysis Examining Clients' Experiences of Psychotherapy: A New Agenda. *Psychological Bulletin* 142(8): 801-830. DOI: 10.1037/bul0000057.
- Lowe, C; Murray, C (2014): Adult Service-Users' Experiences of Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 44(4): 223-231. DOI: 10.1007/s10879-014-9272-1.
- Lutz, W; Neu, R; Rubel, JA (2019): Evaluation und Effekterfassung in der Psychotherapie. (Standards der Psychotherapie, Band 5). Göttingen: Hogrefe. ISBN: 978-3-8017-2912-7.
- MacFarlane, P; Anderson, T; McClintock, AS (2015): The Early Formation of the Working Alliance From the Client's Perspective: A Qualitative Study. *Psychotherapy* 52(3): 363-372. DOI: 10.1037/a0038733.
- Mayring, P (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz Verlag. ISBN: 978-3-407-25730-7.

- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2005 [2015]): NICE Clinical Guideline CG26. Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care [*Full Guideline*]. London [u. a.]: RCP [Royal College of Psychiatrists] [u. a.]. ISBN: 1-904671-25-X. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg26/evidence/full-guideline-including-appendices-113-pdf-193442221> (abgerufen am: 12.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2006 [2014]): NICE Clinical Guideline CG31. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 1 85433 430 1. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31/evidence/full-guideline-pdf-194883373> (abgerufen am: 11.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2010 [2018]): NICE Clinical Guideline CG90. Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition) [*Full Guideline*]. [Stand:] April 2018. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-904671-85-5. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guideline-pdf-4840934509> (abgerufen am: 09.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2018]-a): NICE Clinical Guideline CG113. Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary, and Community Care. [Stand:] June 2018. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-904671-42-8. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/evidence/anxiety-full-guidance-pdf-136340461> (abgerufen am: 11.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2018]-b): NICE Clinical Guideline CG123. Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-31-4. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123/evidence/full-guideline-pdf-181771741> (abgerufen am: 11.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2012 [2016]): NICE Clinical Guideline CG133. Self-Harm: Longer-Term Management [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-41-3. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg133/evidence/full-guideline-pdf-184901581> (abgerufen am: 11.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2013 [2017]): NICE Clinical Guideline CG159. Social Anxiety Disorder: Recognition, Assessment and Treatment [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-909726-03-1. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159/evidence/full-guideline-pdf-189895069> (abgerufen am: 11.07.2018).

- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2014 [2018]): NICE Clinical Guideline CG185. Bipolar Disorder: The assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care [*Full Guideline*]. Updated Edition. [Stand:] April 2018. London: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/evidence/full-guideline-pdf-4840895629> (abgerufen am: 09.07.2018).
- Oyer, L; O'Halloran, MS; Christoe-Frazier, L (2016): Understanding the working alliance with clients diagnosed with anorexia nervosa. *Eating Disorders* 24(2): 121-137. DOI: 10.1080/10640266.2015.1034050.
- Rabe-Menssen, C; Ruh, M; Dazer, A (2018): Die psychotherapeutische Versorgungssituation seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017. Ergebnisse der DPtV-Onlineumfragen 2017 und 2018 zu Wartezeiten in der psychotherapeutischen Versorgung [*Vorabdruck aus Psychotherapie Aktuell 1.2019*]. (DPtV Hintergrund, 1-2019). Berlin: DPtV [Deutsche PsychotherapeutenVereinigung]. URL: <https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=8268&token=d29d7a21468aba1e215ff6f6627af7c67c89588d> (abgerufen am: 18.02.2019).
- Riemann, D; Baum, E; Cohrs, S; Crönlein, T; Hajak, G; Hertenstein, E; et al. (2017): AWMF-Registernummer 063-003. S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“, Update 2016 [*Langfassung*]. Version 2.0. [Stand:] Dezember 2017. Schwalmstadt-Treysa: DGSM [Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/063-003I_S3_Insomnie-Erwachsene_2018-02.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- Sandberg, J; Gustafsson, S; Holmqvist, R (2017): Interpersonally traumatised patients' view of significant and corrective experiences in the psychotherapeutic relationship. *European Journal of Psychotherapy and Counselling* 19(2): 175-199. DOI: 10.1080/13642537.2017.1313881.
- SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2012 [2018]): SIGN National Clinical Guideline 127. Management of perinatal mood disorders. [Stand:] March 2012 [2018]. Edinburgh: SIGN. ISBN: 978 1 905813 86 5. URL: http://www.sign.ac.uk/assets/sign127_update.pdf (abgerufen am: 11.07.2018).
- Skirde, AN; Lehmann, B; Bohm, S; Vogel, H (2018): Neue Versorgungsformen in der ambulanten Psychotherapie. Stand und Perspektiven. *Psychoterapeuten Journal* 2: 114-122. URL: [https://www.psychoterapeutenjournal.de/ptk/web.nsf/gfx/A3C48DBCD412CA34C12582AD0033275A/\\$file/PTJ_2_2018_Onlinefassung.pdf](https://www.psychoterapeutenjournal.de/ptk/web.nsf/gfx/A3C48DBCD412CA34C12582AD0033275A/$file/PTJ_2_2018_Onlinefassung.pdf) (abgerufen am: 05.09.2018).
- Strauß, B; Linden, M (2018): Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. *PPmP – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 68(09-10): 375-376. DOI: 10.1055/a-0630-3297.

- SVR-Gesundheit [Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen] (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. Bonn: SVR-Gesundheit. URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf (abgerufen am: 20.02.2019).
- Swift, JK; Tompkins, KA; Parkin, SR (2017): Understanding the client's perspective of helpful and hindering events in psychotherapy sessions: A micro-process approach. *Journal of Clinical Psychology* 73(11): 1543-1555. DOI: 10.1002/jclp.22531.
- Tzavela, EC; Mitskidou, P; Mertika, A; Stalikas, A; Kasvikis, Y (2016): Treatment engagement in the early phase of cognitive-behavior therapy for panic disorder: A grounded theory analysis of patient experience. *Psychotherapy Research*, Epub 15.11.2016. DOI: 10.1080/10503307.2016.1246769.
- VA/DoD [U. S. Department of Veterans Affairs]/[Department of Veterans Affairs Department of Defense] (2016): VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Major Depressive Disorder. Version 3.0. Washington, DC: VA/DoD. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/mdd/VADoDMDDCPGFINAL82916.pdf> (abgerufen am: 12.07.2018).
- VA/DoD [U. S. Department of Veterans Affairs]/[Department of Veterans Affairs Department of Defense] (2017): VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Version 3.0. [Stand:] June 2017. Washington, DC: VA/DoD. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal.pdf> (abgerufen am: 11.07.2018).
- van Grieken, RA; Beune, EJA; Kirkenier, ACE; Koeter, MWJ; van Zwieten, MCB; Schene, AH (2014): Patients' perspectives on how treatment can impede their recovery from depression. *Journal of Affective Disorders* 167: 153-159. DOI: 10.1016/j.jad.2014.05.065.
- Walendzik, A; Rabe-Menssen, C; Lux, G; Wasem, J; Jahn, R (2014): Zur Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie – Ergebnisse einer Erhebung unter den Mitgliedern der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPTV). *Gesundheitswesen* 76(3): 135-146. DOI: 10.1055/s-0033-1343444.
- Werbart, A; von Below, C; Brun, J; Gunnarsdottir, H (2015): "Spinning one's wheels": Nonimproved patients view their psychotherapy. *Psychotherapy Research* 25(5): 546-564. DOI: 10.1080/10503307.2014.989291.
- Wittmann, WW; Lutz, W; Steffanowski, A; Kriz, D; Glahn, EM; Völkle, MC; et al. (2011): Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse – Abschlussbericht. Hamburg: Techniker Krankenkasse. ISBN: 978-3-00-035022-1. URL: <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/342002/Datei/1226/TK-Abschlussbericht2011-Qualitaetsmonitoring-in-der-Psychotherapie.pdf> (abgerufen am: 09.01.2019).

Wood, L; Burke, E; Morrison, A (2015): Individual Cognitive Behavioural Therapy for Psychosis (CBTp): A Systematic Review of Qualitative Literature. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 43(3): 285-297. DOI: 10.1017/S1352465813000970.