

# TOP 9

## Qualitätssicherung in der Psychotherapie

**Dr. Nikolaus Melcop, Vizepräsident der BPtK**

44. Deutscher Psychotherapeutentag | 13. April 2024

Beauftragung des G-BA im Zuge des PsychThGAusbRefG vom 15. November 2019:

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

*§ 136a Absatz 2a SGB V*

# Gesetzlicher Auftrag

Beauftragung des G-BA im Zuge des PsychThGAusbRefG vom 15. November 2019:

*„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat **sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren aufzuheben**, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a eingeführt hat.“*

*§ 92 Absatz 6a SGB V*

Resolution  
verabschiedet vom  
43. DPT

43. Deutscher Psychotherapeutentag  
17./18. November 2023 in Berlin

**Kontingente der ambulanten Psychotherapie sichern,  
bürokratischen Aufwand abbauen**

Das Antrags- und Gutachtenverfahren in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung sichert durch eine vorgezogene Wirtschaftlichkeitsprüfung und feste Behandlungskontingente, die durch die Krankenkasse vorab genehmigt werden, den sicheren Behandlungsrahmen ambulanter Psychotherapie für Patient\*innen und Psychotherapeut\*innen.

Dieser Rahmen ist Voraussetzung für eine vertrauensvolle und verlässliche psychotherapeutische Arbeit und muss dringend erhalten bleiben.

Wir fordern den Gesetzgeber auf, im Digital-Gesetz (DigIG) sicherzustellen, dass mit Einführung einer einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung „sämtliche Regelungen des Antrags- und Gutachtenverfahrens“ nicht abgeschafft werden, sondern einer Überprüfung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) unterzogen werden. Gleichzeitig verursacht das Antrags- und Gutachtenverfahren einen hohen bürokratischen Aufwand in den Praxen, der durch ein elektronisches Verfahren erheblich verringert werden kann. Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die Partner\*innen des Bundesmantelvertrages zu beauftragen, entsprechende Regelungen im Bundesmantelvertrag zu verhandeln.

**Begründung:**

Gemäß § 92 Absatz 6a Satz 6 SGB V wird der Gemeinsame Bundesausschuss bisher beauftragt, sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachtenverfahren aufzuheben, sobald ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a SGB V eingeführt ist.

Das einrichtungsübergreifende Qualitätssicherungsverfahren ist jedoch auf die Messung und Bewertung qualitätsrelevanter Aspekte im Anschluss an eine Richtlinienpsychotherapie ausgerichtet und in keiner Weise geeignet, den Antrag auf ein Kontingent der Richtlinienpsychotherapie zu begründen und für die Krankenkassen genehmigungsfähig zu stellen. Das einrichtungsübergreifende Qualitätssicherungsverfahren bietet keine Grundlage, schon gar nicht im individuellen Patientenfall, einer fachlichen Beurteilung unter den Gesichtspunkten der

## Prinzipien der datengestützten Qualitätssicherung (QS) durch den G-BA

- Grundlage: *Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)*
- Entwicklung von QS-Verfahren zur Identifikation von Qualitätsunterschieden zwischen Einrichtungen und ggf. Einleitung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung
- Set an Qualitätsindikatoren, die evidenzbasiert (Leitlinienempfehlungen) Prozesse und Ergebnisse der Versorgung abbilden, für die sich Qualitätsverbesserungspotenziale zeigen ließen
- Qualitätsmessungen über spezifisch entwickelte Qualitätsindikatoren mit Referenz-bereichen zur Anzeige rechnerisch auffälliger Ergebnisse
- Durchführung von Stellungnahmeverfahren bei statistisch auffälligen und qualitätsrelevanten Ergebnissen, in denen Einrichtungen die Ursachen für die Auffälligkeiten erläutern sollen
- Falls auffällige Ergebnisse nicht ausgeräumt werden können: Durchführung von Maßnahmen in zwei Stufen (z. B. verpflichtende Teilnahme an Fortbildungen in Stufe 1, Vergütungsabschläge in Stufe 2)



### Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses  
zur datengestützten einrichtungsübergreifenden  
Qualitätssicherung

(DeQS-RL)

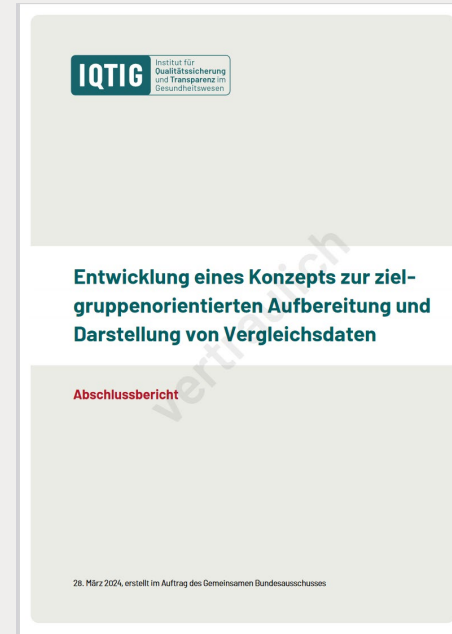
in der Fassung vom 19. Juli 2018  
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 18.12.2018 B3)  
in Kraft getreten am 1. Januar 2019

zuletzt geändert am 21. Dezember 2023  
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 14.02.2024 B9), (BAnz AT 27.02.2024 B4),  
(BAnz AT 11.03.2024 B4)  
in Kraft getreten am 1. Januar 2024

# Datengestützte Qualitätssicherung – Veröffentlichung der Ergebnisse

## Qualitätsportal des G-BA

- Ergebnisse der QS-Verfahren sollen zukünftig einrichtungsbezogen in einem Qualitätsportal des G-BA veröffentlicht werden
- Auftrag nach § 136a Absatz 6 SGB V nur noch für ambulante Leistungserbringer\*innen
- Konzeptuelle Grundlagen entstammen dem IQTIG-Abschlussbericht für ein Q-Portal für Krankenhäuser
- Künftige Migration des Q-Portals des G-BA in das „Transparenzverzeichnis zur Krankenhausbehandlung“ (nach Krankenhaustransparenzgesetz) ist offen
- Aktuell ist eine einrichtungsvergleichende Veröffentlichung sämtlicher Qualitätsindikatoren aus DeQS-Verfahren zu befürchten



The screenshot shows a user interface for comparing hospitals. It lists two hospitals: Robert-Bach-Krankenhaus and Klinikum Bebenen GmbH. For each hospital, it shows the number of treatment cases, a quality score (represented by a star icon and a number), and ratings for various indicators like 'Behandlungsergebnisse', 'Abläufe vor Ort', 'Kommunikation & Interaktion', and 'Hygiene & Infektionen'. The Robert-Bach-Krankenhaus has 189 cases and a quality score of 4/5. The Klinikum Bebenen GmbH has 282 cases and a quality score of 4/5. A 'Details' button and a 'Krankenhaus ansehen' button are visible for each entry.

Hospital	Behandlungsfälle	Qualität	Behandlungsergebnisse	Abläufe vor Ort	Kommunikation & Interaktion	Hygiene & Infektionen
Robert-Bach-Krankenhaus	189 mittel	4/5	4/5	3/5	4/5	4/5
Klinikum Bebenen GmbH	282 mittel	4/5	4/5	3/5	keine Bewertung möglich	4/5

## Entwicklung der datengestützte Qualitätssicherung

- Entwicklung und Umsetzung der datengestützten QS und des Einrichtungsvergleichs **im Krankenhaus**
- **Datengrundlagen:**
  - Dokumentationsdaten der Leistungserbringer\*innen
  - für inhaltlich/technisch eng umschriebene Interventionen
  - die in eng umgrenzten Zeiträumen erbracht werden
  - bei spezifischen, relativ homogenen Diagnosegruppen
  - Daten stets rückführbar und überprüfbar für den einzelnen Behandlungsfall
- erst später Ergänzung der Datengrundlagen um **Sozialdaten bei den Krankenkassen** und Daten aus **Patientenbefragungen**
- dabei Grundsatz der **Anonymisierung** der Daten aus Patientenbefragungen

## Aktuelle datengestützte QS-Verfahren des G-BA

- Verfahren 1 – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI)
- Verfahren 2 – Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)
- Verfahren 3 – Cholezystektomie (QS CHE)
- Verfahren 4 – Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)
- Verfahren 5 – Transplantationsmedizin (QS TX)
- Verfahren 6 – Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)
- Verfahren 7 – Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)
- Verfahren 8 – Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)
- Verfahren 9 – Mammachirurgie (QS MC)
- Verfahren 10 – Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)
- Verfahren 11 – Dekubitusprophylaxe (QS DEK)
- Verfahren 12 – Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)
- Verfahren 13 – Perinatalmedizin (QS PM)
- Verfahren 14 – Hüftgelenkversorgung (QS HGV)
- Verfahren 15 – Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)

Warum hat sich die datengestützte  
Qualitätssicherung insbesondere in der  
Chirurgie entwickelt?  
„In der Chirurgie haben wir Tat, Tatzeit,  
Tatort und Täter!“

*Prof. Hartwig Bauer,  
langjähriger Generalsekretär der  
Deutschen Gesellschaft für Chirurgie*



# Evidenz der datengestützte Qualitätssicherung und des Public Reporting

- Ob die Methode der datengestützten Qualitätssicherung eine Methodenbewertung des G-BA überstehen würde, erscheint fraglich
- Die Anerkennung des Nutzens dürfte sich auf wenige Anwendungsbereiche beschränken
- ambulante Psychotherapie zählt nicht dazu

## **PLOS ONE** 2021;16(2): e0247297 Mechanisms and impact of public reporting on physicians and hospitals' performance: A systematic review (2000–2020)

Khic-Houy Prang<sup>1\*</sup>, Roxanne Maritz<sup>1,2,3</sup>, Hana Sabanovic<sup>1</sup>, David Dunt<sup>1</sup>, Margaret Kelaher<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centre for Health Policy, Melbourne School of Population and Global Health, The University of Melbourne, Carlton, Australia, <sup>2</sup> Rehabilitation Services and Care Unit, Swiss Paraplegic Research, Nottwil, Switzerland, <sup>3</sup> Department of Health Sciences and Health Policy, University of Lucerne, Lucerne, Switzerland

Cochrane Database of Systematic Reviews | Review - Intervention New search

### Impact of public release of performance data on the behaviour of healthcare consumers and providers

David Metcalfe, Arturo J Rios Diaz, Olubode A Olufajo, M. Sofia Massa, Nicole ABM Ketelaar, Signe A. Flottorp, Daniel C Perry Authors' declarations of interest

Version published: 06 September 2018 | Version history  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004538.pub3>

Collapse all Expand all

#### Abstract

Available in English | Español | العربية | Français | 简体中文

#### Background

It is becoming increasingly common to publish information about the quality and performance of healthcare organisations and individual professionals. However, we do not know how this information is used, or the extent to which such reporting leads to quality improvement by changing the behaviour of healthcare consumers, providers, and purchasers.

“The existing evidence base is inadequate to directly inform policy and practice. Further studies should consider whether public release of performance data can improve patient outcomes, as well as healthcare processes.”



# Ist der Ansatz der datengestützte Qualitätssicherung sinnvoll auf die ambulante Psychotherapie anwendbar?

- extrem heterogene Patientengruppen
- extrem heterogene Behandlungsdauern
- sehr unterschiedliche Behandlungsverfahren
- sehr kleine Stichproben je Einrichtung
- große Zahl an Leistungserbringer\*innen → hoher Aufwand in den LAG
- Anonymisierung der Patientenbefragungsdaten führt zu diffusem Auffälligkeitssignal  
→ keine Schlussfolgerungen möglich, bei welchen Patient\*innen was konkret verbessert werden könnte  
→ keine Nutzung von Informationen während der laufenden Behandlung möglich  
(die einzelne Patient\*in kann nicht profitieren)

## Qualitätsindikatoren der Leistungserbringer-Doku.

### Leistungserbringer-Dokumentation

- 9 Qualitätsindikatoren, 101 Datenfelder
- Erfassung der Prozessqualität der ambulanten Psychotherapie
- anzuwenden bei *jedem* abgeschlossenen Behandlungsfall (Einzeltherapie, Erwachsene)  
→ Vollerhebung

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

## Kritik an der **Leistungserbringer-Dokumentation**

- Ableitung von Qualitätsindikatoren **ohne** Ermittlung von empirischer **Evidenz für Qualitätsdefizite** in der ambulanten Psychotherapie
- fast ausschließliche Abfrage von breit anerkannten fachlichen Standards (**Reminder-System/„Checkliste“**)
- sehr **schlechtes Kosten-Nutzen-Verhältnis** (hoher bürokratischer Aufwand vs. kaum bis keine Verbesserungspotenziale)

## Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

### Patientenbefragung

- 9 Qualitätsindikatoren, 43 Fragen
- Erfassung der Prozess- (7 Indikatoren) und Ergebnisqualität (2 Indikatoren) der ambulanten Psychotherapie
- von Patient\*innen zeitnah nach Abschluss ihrer Therapie auszufüllen (Einzeltherapie, Erwachsene)

Qualitätsaspekte	Qualitätsindikatoren
Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen	Besprechen der psychotherapeutischen Behandlung
Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie	
Information zu den Rahmenbedingungen	Information zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung
	Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten
Information und Aufklärung zur Diagnose	Besprechen des Krankheitsbilds
Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung	Kommunikation und Interaktion in der Psychotherapie
Therapiezielvereinbarung	Gemeinsames Klären und Abgleichen von Therapiezielen
Gemeinsame Behandlungsplanung	Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten
Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes	
Outcome	Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie
	Verbesserung von Symptomatik, sozialer Teilhabe und Alltagsfunktion

## Kritik an der **Patientenbefragung**

- Ableitung von Qualitätsindikatoren **ohne** Ermittlung von empirischer **Evidenz für Qualitätsdefizite** in der ambulanten Psychotherapie
- hohe **Intransparenz beim methodischen Vorgehen** (v. a. unzureichende Darstellung von Ergebnissen, Missachtung von Experteneinschätzungen)
- **Nicht-Einhaltung wissenschaftlicher Standards** bei der Fragebogenentwicklung (z. B. in Bezug auf die Wahl der Antwortskalen oder Referenzbereiche)
- eine aus fachlicher Sicht **geringe Inhaltsvalidität diverser Items**
- **ungeklärte methodische Fragen:** Reliabilität/Validität des Risikoadjustierungskonzepts und des gewählten statistischen Messmodells
- hohe **Anfälligkeit für retrospektive Verzerrungen** → Patient\*innen füllen Fragebogen mitunter erst einige Jahre nach Beginn ihrer Therapie aus

# Erprobung des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie

- Entschluss hierzu aufgrund der methodischen und inhaltlichen Zweifel am QS-Verfahren sowie der praktischen Herausforderungen bei der hohen Anzahl an Leistungserbringer\*innen
- **sechsjährig** vom **01.01.2025 bis 31.12.2030** mit anschließender Gesamtevaluation
- in **Nordrhein-Westfalen** (KV Nordrhein und KV Westfalen-Lippe)
- **verpflichtende Teilnahme** für alle Leistungserbringer\*innen mit KV-Zulassung, die Richtlinienpsychotherapie im Einzelsetting bei erwachsenen Patient\*innen durchführen
- **zwei zweijährige Erfassungszeiträume**, 2025/2026 und 2027/2028; für den ersten Erfassungszeitraum sind Vergütungsabschläge als Sanktionen ausgeschlossen, für den zweiten Erfassungszeitraum wird diesbezüglich im späteren Verlauf der Erprobung entschieden
- **Antrags- und Gutachterverfahren bleibt während Erprobung bestehen**
- Prüfung des Richtlinienbeschlusses für die Erprobung durch die BMG-Rechtsabteilung steht noch aus (Ergebnis wird für 2. Quartal 2024 erwartet)



## Erwartete Ergebnisse der **Leistungserbringer-Dokumentation**

- **hohe Deckeneffekte** bei der Mehrheit der Indikatoren-Ergebnisse, da das Instrument nur etablierte Standards abbildet
  - sehr **geringe Detektion von Qualitätsdefiziten** bzw. kaum ein Anstoßen von Verbesserungspotenzialen
  - bei sehr **hohem Dokumentations- und Bürokratieaufwand**
- Geringer Nutzen und hoher Aufwand könnten dazu führen, dass perspektivisch ganz von der Anwendung des Instruments abgesehen wird

## Erwartete Ergebnisse der **Patientenbefragung**

- auch hier **Deckeneffekte** bei mehreren Indikator-Ergebnissen, v. a. **bei Indikatoren zur Information über die psychotherapeutische Behandlung zu Behandlungsbeginn**, da diese vorrangig Inhalte des gesetzlich vorgeschriebenen Aufklärungsgespräches abbilden
  - **Beibehaltung der Indikatoren zur therapeutischen Beziehung und Ergebnisqualität** (Erwerb von neuen Strategien, Fertigkeiten oder Erfahrungen; Symptomreduktion, Verbesserung der Teilhabe und Alltagsfunktion) in ggf. überarbeiteter Form, da die Eignung dieser Indikatoren durch die Psychotherapieforschung gut belegt ist
- Dies könnte perspektivisch zur Anwendung einer stark verkürzten Version der Patientenbefragung bei gleichzeitigem Wegfall der Leistungserbringer-Dokumentation führen, womit erstmalig ein QS-Verfahren des G-BA ausschließlich auf Patientenbefragungen basieren würde



## Potenziell langfristige Auswirkungen auf die Versorgungspraxis

- **Entwicklung von Anpassungsstrategien bei Leistungserbringer\*innen:** Anwendung von Strategien zur Vermeidung statistisch auffälliger Ergebnisse, um Stellungnahmeverfahren, Sanktionen und schlechte Ergebnisse auf dem Qualitätsportal des G-BA abzuwenden (z. B. häufige Nutzung von Begrifflichkeiten aus dem Fragebogen zur Verbesserung der Erinnerungsleistung von Patient\*innen, Selektionsprozesse bei der Auswahl von Patient\*innen)
- **Verfestigung eines unnützen QS-Systems in der Versorgung:** Das QS-Verfahren und die damit einhergehenden Anpassungsstrategien bei den Leistungserbringer\*innen könnten sich auf Jahrzehnte verfestigen und in erheblichem Maße Ressourcen binden
- Etablierung eines finanziell und bürokratisch hochaufwendigen QS-Systems, das Qualitätssicherung und -verbesserung lediglich suggeriert und die Qualitätskontrolle über die Qualitätsförderung stellt

- **kritische Begleitung der geplanten Erprobung** des QS-Verfahrens
- **professionsinterne Beratungen** über die Perspektiven der Qualitätssicherung in der Psychotherapie:
  - in der Bund-Länder-AG QS
  - im Länderrat
  - in größeren Workshops unter Beteiligung der LPKen, derer QS-Ausschüsse, der psychotherapeutischen Fachgesellschaften und Berufsverbände sowie der Vertreter\*innen der Psychotherapeut\*innen in den Gremien der KBV

Ziel dieses Prozesses:

- **Abschaffung des gesetzlichen Auftrags für das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie**
- **Entwicklung der Grundlagen, die die Politik von der erforderlichen Gesetzesänderung überzeugen**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

- 2007 – gesetzliche Grundlagen für eine einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung mit dem GKV-WSG
- 2015 – AQUA-Abschlussbericht für ein sektorenübergreifendes QS-Verfahren Schizophrenie
- 2016 – QS-Verfahren PCI als erstes „sektorenübergreifendes“ QS-Verfahren im Rahmen der Qesü-Richtlinie (Datenerhebung erstmals auch ambulant)
- 2019 – Qesü-Richtlinie geht in der DeQS-Richtlinie auf (sektorspezifische und sektorübergreifende QS-Verfahren in einem Richtlinienrahmen)
- 2022 – Patientenbefragungen erstmals im Echtbetrieb