



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Zwischenbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ (abgekürzt mit „QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie“)

Berlin, 14.04.2020

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit E-Mail vom 02.03.2020 als zu beteiligende Organisation gemäß § 137a Abs. 7 SGB V vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu einer Stellungnahme zum Zwischenbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ aufgefordert.

Hintergrund

Das IQTIG wurde am 17.05.2018 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten eines einrichtungsübergreifenden, sektorspezifischen Qualitätssicherungsverfahrens inklusive Patientenbefragung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (abgekürzt mit „QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie“) beauftragt. Als Vorarbeit für die Entwicklung war dabei die Konzeptskizze des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA-Institut) zugrunde zu legen.

Das QS-Verfahren soll gesetzlich versicherte erwachsene Patientinnen und Patienten umfassen, die im Rahmen der Psychotherapierichtlinie von ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Kurz- oder Langzeittherapie behandelt werden. Das Verfahren soll unabhängig von der jeweiligen Diagnose und dem jeweils angewandten psychotherapeutischen Verfahren zur Anwendung kommen.

Das IQTIG hat als ersten Schritt ein Qualitätsmodell entwickelt und dem G-BA mit einem (unveröffentlichten) Zwischenbericht vom 28.02.2019 übermittelt. Auf Basis dieses Qualitätsmodells sollen zum einen auftragsgemäß Qualitätsindikatoren für ein fallbezogenes Instrument mittels QS-Dokumentation der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und/oder Sozialdaten bei den Krankenkassen und zum anderen Qualitätsindikatoren zur Abbildung der Patientenperspektive über eine Patientenbefragung entwickelt werden. Gegenstand des vorliegenden Zwischenberichts ist der Stand der Entwicklung der Patientenbefragung.

Bewertung

Kapitel 3 Das Qualitätsmodell des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie

Im Kapitel 3 wird das Qualitätsmodell vorgestellt. Es umfasst 12 sogenannte Qualitätsaspekte. 11 Qualitätsaspekte sollen ganz (6 Aspekte) oder teilweise (5 Aspekte) über die Datenquelle Patientenbefragung abgedeckt werden. In einer Zuordnung zu den Qualitätsdimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts werden 6 der 11 Qualitätsaspekte, bei denen es im weitesten Sinne um die Information der Patienten und Patientinnen geht, der Dimension „Patientensicherheit“ zugeordnet.

Anmerkung:

Diese Zuordnung entspricht dem zuletzt vom IQTIG in anderen Berichten praktizierten inflationären Gebrauch des Begriffs „Patientensicherheit“. Warum die „Information zu den Rahmenbedingungen“ (der ambulanten Psychotherapie) die Patientensicherheit tangieren soll, ist zum Beispiel schwer nachvollziehbar; geht es hier doch um Inhalte wie Antragsstellung, Organisation der Sitzungen und Kosten der Therapie.

Kapitel 4 Allgemeine Entwicklungsschritte und Befragungsansätze in der Patientenbefragung des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie

Kapitel 4 erläutert zentrale Prinzipien der Patientenbefragung mit Schwerpunkt auf den faktenorientierten Befragungsansätzen.

Kapitel 5 Methodische Herausforderungen

Im Kapitel 5 werden methodische Probleme der Befragung diskutiert, wie z. B. die geringe Fallzahl je Leistungserbringer oder der Erinnerungs- und Befragungszeitraum. Besonderen Raum nimmt die Erfassung der Ergebnisqualität ein. Hier ist neben der eindeutigen Zuschreibbarkeit eines Behandlungsergebnisses zu einer Therapeutin/einem Therapeuten die Auflage des G-BA-Auftrags herausfordernd, dass im zukünftigen QS-Verfahren die Beurteilung der Ergebnisqualität unabhängig von der jeweiligen Diagnose der Patientinnen und Patienten und dem von der Therapeutin/dem Therapeuten gewählten Therapieverfahren sein soll. Es werden tabellarisch Studien aufgeführt (und im Anhang näher beschrieben), in denen nach ambulanter Psychotherapie verschiedene Behandlungsergebnisse als Zielparame-ter untersucht wurden. Es wird resümiert, dass „Ergebnisse der orientierenden Recherche zeigen, dass sich die beauftragungsspezifischen Anforderungen für die Erfassung der Ergebnisqualität im Sinne von verallgemeinerbaren Outcomes bei der Entwicklung der Patientenbefragung grundsätzlich umsetzen lassen“.

Anmerkung:

Diese Feststellung erscheint zu knapp. Es sollte anhand der analysierten Literatur näher diskutiert werden, wann und welche Ergebnisparameter diagnose- und therapieverfahrensübergreifend verwendet werden können. Es sollte auch dargelegt werden, ob genau diese Fragestellung in Studien beleuchtet wurde.

Im Weiteren wird die Bedeutung einer angemessenen Risikoadjustierung der patientenseitigen Faktoren herausgehoben.

Anmerkung:

Die einzige zitierte Literatur (Becker et al. 2016) bezieht sich auf Qualitätsindikatoren im Krankenhaus allgemein und kann kaum als Beleg für die spezielle Situation in der ambulanten Psychotherapie herangezogen werden. Es könnte an dieser Stelle angegeben werden, ob in der obig zitierten Literatur zum Outcome in der ambulanten Psychotherapie in irgendeiner Form eine Risikoadjustierung durchgeführt wurde. Im Übrigen wird auf Seite 52 bezüglich einer noch durchzuführenden Literaturrecherche auf Kapitel 11 verwiesen. Dort wird diese jedoch nicht erwähnt.

Es erfolgen methodische Ausführungen zum Vergleich der indirekten Veränderungsmessung der Ergebnisqualität zu mindestens zwei Zeitpunkten (in diesem Fall vor und nach der Psychotherapie), der quasi indirekten und der direkten Veränderungsmessung (jeweils retrospektiv). Die Vorteile der indirekten Messung werden aufgeführt. Man kommt im Weiteren aber zum Schluss, dass die quasi indirekte Messung am zielführendsten sei.

Anmerkung:

Dass die quasi indirekte Veränderungsmessung für das IQTIG am praktikabelsten ist, ist gut nachvollziehbar. Die hier geführte Argumentation entspricht großenteils wortgleich anderen Abschlussberichten des IQTIG zu Patientenbefragungen.

Leider wurde nicht berichtet, welche Methodik in der zitierten Literatur zur Patientenbefragung zur Anwendung kam. Es kann nicht ungeprüft davon ausgegangen werden, dass die Situation bei somatischen Erkrankungen, wo es in der Befragungssituation um die Erinnerung an körperliche Symptome (z. B. vor und nach einem Eingriff) geht und bei psychischen Erkrankungen identisch ist. Die Auslösung einer präinterventionellen Messung im geplanten QS-Verfahren könnte – wie auch eingeräumt wird – im Zuge der psychotherapeutischen Sprechstunde erfolgen. Dass später auch Versicherte, die nach der psychotherapeutischen Sprechstunde „keine Richtlinienpsychotherapie erhalten haben bzw. den Leistungserbringer wechseln“ einen

Fragebogen erhalten könnten, spräche nicht grundsätzlich gegen die Methode. Für diese Fälle könnte der Fragebogen eine entsprechende einleitende Exit-Frage enthalten, d. h. er müsste dann im Weiteren nicht ausgefüllt werden.

Kapitel 6 Die Ableitung von Qualitätsmerkmalen der Patientenbefragung

Die Quellen werden beschrieben, aus denen zu den Qualitätsaspekten Qualitätsmerkmale als Vorstufen der Qualitätsindikatoren bzw. der Fragebogen-Items formuliert werden sollen. Dies ist zum einen eine Literaturrecherche zu Leitlinienstandards, zur Patientenperspektive und zur Versorgungssituation in der ambulanten Psychotherapie.

Anmerkung:

Auf Seite 57 heißt es: „In Bezug auf die adressierte Population wurden alle Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Störung, die nicht organischen Ursprungs ist, adressiert.“ Dazu steht im Widerspruch die Einbeziehung der ICD F06.- bis F09, die zu den organischen psychischen Störungen zählen.

Zum anderen werden Fokusgruppen aus Patientinnen und Patienten sowie aus ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befragt. Anschließend werden die gefundenen Qualitätsmerkmale von einem Expertengremium bewertet.

Kapitel 7 Zielgruppenbestimmung

Die Zielgruppen der Patientenbefragung, die einbezogenen Leistungserbringer sowie die verwendeten Datenquellen zur Analyse der Zielgruppen werden kurz dargestellt. Nach Rücksprache mit dem Auftraggeber G-BA soll sich das QS-Verfahren auf Einzeltherapien beschränken.

Anmerkung:

Seite 68: Die Facharztgruppe 60 heißt korrekt: Fachärztinnen und Fachärzte der Psychosomatischen Medizin Therapie und Psychotherapie (siehe auch Tabelle 10).

Kapitel 8 Beschreibung der Patientinnen und Patienten und ambulanten Leistungserbringer des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie

Das Kapitel gibt auf Basis von Daten der KBV bzw. einer Krankenkasse einen Überblick über die ambulante Psychotherapie gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten in Deutschland im Jahr 2018. Dies inkludiert demografische Angaben über die Patientinnen und Patienten, die Verteilung der Therapieverfahren und der beteiligten Arztgruppen. Auffällig ist, dass über ein Drittel der Patientinnen und Patienten sowohl in Kontakt mit ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als auch mit einer (weiteren) Fachärztin oder einem (weiteren) Facharzt der Fach(arzt)gruppen 51, 58, 60 und 61 stehen. Dieser Umstand kann für die Zuschreibung der Behandlungsergebnisse bedeutend sein. Weiterhin ist der hohe Anteil der psychotherapeutischen Praxen bedeutend, der eine relativ geringe Anzahl von Patientinnen und Patienten pro Jahr betreut. So betreuen 41,75 % der Praxen maximal 30 Patientinnen und Patienten im Jahr.

Kapitel 9 Ableitung der Qualitätsmerkmale

Die Ergebnisse der Literaturrecherche werden wiedergegeben. So werden aus insgesamt 32 Leitlinien die Empfehlungen – unterteilt nach den Qualitätsaspekten – aufgelistet.

Anmerkung:

Aus den Leitlinienempfehlungen wird auch das Angebot einer Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie thematisiert. Bei manchen Diagnosen bzw. Schweregraden der Erkrankung ist hier die Evidenz klarer (z. B. Depression/Manie/Schizophrenie) als bei anderen (z. B. Angst- und Zwangsstörungen). Die Aufnahme von Informationen über die Indikation und Kontraindikation sowie die Wirksamkeit einer kombinierten Therapie sind für Patientinnen und Patienten ein wichtiger Aspekt. Er findet in der weiteren Entwicklung keine Berücksichtigung, ließe sich aber gut unter dem Qualitätsaspekt 1 (Information und Aufklärung zu Therapieverfahren und Behandlungsoptionen) einordnen.

Aus der Literaturrecherche zur Patientenperspektive wurden von 7.750 Fundstellen schlussendlich nur 15 Studien ausgewählt. Auch die zentralen Erkenntnisse dieser Studien werden nach den Qualitätsaspekten sortiert.

Anmerkung:

Die sehr niedrige Zahl der letztendlich einbezogenen Studien zur Patientenperspektive überrascht. Einige der einbezogenen Studien beziehen sich zum Teil auf sehr spezifische Themen, wie z. B. Verhaltenstherapie bei Essstörungen.

In Tabelle 11 sind die Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung thematisiert. Nicht adressiert wird der für Psychotherapie zentrale Aspekt der therapeutischen Beziehung (therapeutic alliance, siehe z. B. Meta-Analyse <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29792475>). Der Qualitätsaspekt könnte z. B. lauten: „Etablierung einer guten therapeutischen Beziehung (im Sinne der Entwicklung einer emotionalen Bindung)“, definiert durch die Einschätzung der Patientin/des Patienten, (a), dass Patient und Therapeut gemeinsam an einem Problem arbeiten und (b), dass die Therapeutin/der Therapeut hilfreich und unterstützend ist.

Es wird dargestellt, wie im Jahre 2018 und 2019 Fokusgruppen für Patientinnen und Patienten bzw. für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchgeführt wurden. Die Diskussion in diesen Gruppen wird – aufgegliedert nach Qualitätsaspekten – wiedergegeben.

Die Fokusgruppenteilnehmer äußern sich über die Versorgungssituation in der ambulanten Psychotherapie aus ihrer jeweiligen Sicht. Wie schon in früheren Entwicklungsberichten des IQTIG wird das Stilmittel ausgewählter Originalzitationen der Akteure aus den Transkriptionen der Gespräche gewählt. Dies gibt einen lebhaften Eindruck vom Ablauf der Sitzungen wieder. Die ausgewählten Zitate geben Hinweise darauf, in welchen Bereichen in der Versorgung mögliche Defizite bestehen.

Zu beachten ist, dass die beteiligten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei mehreren Qualitätsaspekten darauf hinweisen, dass je nach durchgeführtem Therapieverfahren Unterschiede zu berücksichtigen sind.

Unter der Überschrift „Weitere Themen“ werden in den Fokusgruppen benannte Problemfelder, die sich nicht den Qualitätsaspekten des Qualitätsmodells zuordnen lassen, dargestellt. Insbesondere Probleme des Zugangs zum System werden thematisiert, z. B. Probleme bei der Antragsstellung oder Wartezeiten für Patientinnen und Patienten.

Als Ergebnis der Fokusgruppen werden 40 Qualitätsmerkmale verteilt auf 10 der 11 Qualitätsaspekte formuliert, wobei für den Qualitätsaspekt „Kooperation“ kein Qualitätsmerkmal zur Verfügung steht.

Dieses Set von Merkmalen wurde einem Expertengremium vorgelegt. Eine ausführliche tabellarische Übersicht der Qualitätsmerkmale gibt stichpunktartig die Experteneinschätzung wieder und die Entscheidung des Instituts, ob Qualitätsmerkmale unverändert

weitergeführt, modifiziert oder gestrichen werden sollen. Die jeweiligen Anmerkungen zu den Qualitätsmerkmalen der Experten sind zusätzlich in Anhang D aufgeführt. Es verbleiben 10 Qualitätsaspekte mit 30 Qualitätsmerkmalen.

Anmerkung:

An einigen Stellen ergeben sich Differenzen zwischen Tabelle 28 und Anhang D:

- *Qualitätsmerkmal 1.2: Information zur Wirksamkeit der Psychotherapie:
Dieses Qualitätsmerkmal soll weitergeführt werden, obwohl das Expertengremium anmerkt: „Weiterhin könne das Qualitätsmerkmal **nicht unabhängig von der Diagnose sowie dem Therapieverfahren** betrachtet werden“ (Anhang D Seite 1).*
- *Qualitätsmerkmal 1.3: Information zum Wirkeintritt der Psychotherapie:
Dieses Qualitätsmerkmal soll weitergeführt werden, obwohl das Expertengremium anmerkt: „(...), dass sich das Qualitätsmerkmal **nicht zur Qualitätsverbesserung eigne.**“ Zudem sei nach Meinung der Expertinnen und Experten bei diesem Qualitätsmerkmal **„die Diagnose- und Therapieverfahrensunabhängigkeit nicht gegeben“** (Anhang D Seite 1).*
- *Qualitätsmerkmal 5.1: Respektvoller und wertschätzender Umgang mit der Patientin/dem Patienten und Qualitätsmerkmal 5.2: Unvoreingenommener Umgang mit der Patientin/dem Patienten:
Hier wird im Expertengremium „vereinzelt“ darauf hingewiesen, dass sich diese Qualitätsmerkmale inhaltlich überschneiden. (Anhang D Seite 5). Tatsächlich ist zu hinterfragen, wie ein respektvoller und wertschätzender Umgang und ein Umgang ohne Unvoreingenommenheit voneinander abgegrenzt werden sollen.*
- *Qualitätsmerkmal 11.1: Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für den selbstständigen Umgang mit der Erkrankung:
Hier wird von den Experten darauf hingewiesen, „dass die **Erfassbarkeit je nach Therapieverfahren unterschiedlich** sein könne. Zudem sei die Zuschreibbarkeit und Beeinflussbarkeit problematisch“ (Anhang D Seite 10).*

Zum Teil sind die im Anhang D protokollierten Anmerkungen der Experten nur selektiv in Tabelle 28 im Zwischenbericht übernommen worden zu sein. Letztlich könnte man Tabelle 28 und Anhang D auch zu einer Tabelle zusammenführen, um diese Widersprüchlichkeiten bzw. Selektionseffekte zu vermeiden.

Es sei aber betont, dass bis auf diese genannten Unstimmigkeiten die Entscheidungen des Instituts zur Beibehaltung, Modifikation oder Löschung von Qualitätsmerkmalen weitestgehend gut nachvollziehbar sind.

Kapitel 10 Herausforderung zur Umsetzbarkeit der Patientenbefragung

Das Kapitel beinhaltet Überlegungen zur technisch-organisatorischen Durchführung der Patientenbefragung im Echtbetrieb. Es wird auf den niedrigen Digitalisierungsgrad der Dokumentation in Psychotherapiepraxen in Deutschland hingewiesen. Deshalb ist offen, wie die Einbeziehung einer Patientin oder eines Patienten in die Befragung ausgelöst werden kann. D. h., es ist noch zu klären, wie Beginn und Ende der ambulanten Psychotherapie digital so erfasst werden können, dass zum richtigen Zeitpunkt die notwendigen patientenidentifizierenden Daten von der ambulanten Praxis über die Datenannahmestelle an die Versendestelle übermittelt werden können.

Der geplante Datenfluss wird im Weiteren kurz skizziert.

Kapitel 11 Nächste Entwicklungsschritte

Es werden weitere Schritte wie die Itementwicklung, der kognitive Pretest und der Standard-Pretest sowie die Entwicklung der Qualitätsindikatoren und deren Auswertung skizziert.

Anmerkung:

Die Aussage „Im Zuge der weiteren Entwicklungsschritte ist noch zu klären, ob mehrere Fragebogenversionen zu entwickeln sind, damit die verschiedenen Zielpopulationen adäquat berücksichtigt werden können“ erstaunt an dieser Stelle des Zwischenberichts. Zum einen ist unklar, was mit „Zielpopulationen“ gemeint ist, z. B. Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen psychischen Krankheitsbildern. Die Berücksichtigung verschiedener Zielpopulationen sollte eigentlich an früherer Stelle in der Entwicklung des Qualitätsmodells erfolgen.

Fazit

Das Qualitätsmodell für das QS-Verfahren wurde nur für ambulante psychotherapeutische Leistungen und Richtlinientherapien für Erwachsene gemäß Psychotherapie-Richtlinie konzipiert. Sie umfasst lediglich Einzeltherapien. Gruppentherapien und Kombinationsbehandlungen finden keine Berücksichtigung, ebenso nicht das gerade neu in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommene Verfahren der Systemischen Therapie. Zusätzlich wird noch eine weitere Einschränkung der Zielgruppe der erwachsenen Patienten vorgenommen, indem nur Erwachsene ab 18 Jahren, die von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Qualifikation für die Behandlung von Erwachsenen behandelt werden, berücksichtigt werden sollen. Somit lässt sich resümieren, dass das geplante QS-Verfahren nur einen Teil des Leistungsgeschehens in der ambulanten Psychotherapie abbildet.

Grundsätzlich begrüßt die Bundesärztekammer das Bemühen, die Qualitätssicherung im Bereich der ambulanten Psychotherapie weiterzuentwickeln und hierzu adäquate Instrumente zu entwickeln. So ist zu hoffen, dass alleine die Tatsache der Teilnahme an einem QS-Verfahren die Qualität der Behandlung verbessern dürfte.

Die vom IQTIG angewandte Methodik zur Ermittlung von Qualitätsmerkmalen zur Entwicklung des Patientenfragebogens erscheint grundsätzlich adäquat, sorgfältig und strukturiert durchgeführt und nachvollziehbar beschrieben. Allerdings handelt es sich bei dem Zwischenbericht naturgemäß nur um Vorüberlegungen zur Entwicklung des Instrumentes. Weder das zu entwickelnde Befragungsinstrument noch der Beobachtungszeitraum, das Umsetzungs- und Auswertungskonzept oder das Instrument zur Erhebung von Daten beim Leistungserbringer werden vorgestellt.

Zu den Qualitätsmerkmalen:

Insgesamt werden in dem Zwischenbericht 30 Qualitätsmerkmale für 10 Qualitätsaspekte dargestellt. Diese erscheinen zum Teil etwas redundant und zu detailliert für eine kompakte Erfassung der Qualität, zum Teil werden wesentliche Inhalte aber nicht aufgeführt.

So werden bei der Auswahl der Qualitätsmerkmale für das Qualitätskriterium 5 „Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung“ als Merkmale der respektvolle und wertschätzende, unvoreingenommene und aufmerksame Umgang mit der Patientin/dem Patienten, die Zeit im Gespräch, die ruhige, ungestörte und vertrauliche Atmosphäre während der Therapie sowie die Erläuterung von Fachausdrücken in einer patientenverständlichen Sprache“ gewählt.

Ein zentraler Bestandteil der Qualität der Psychotherapie ist die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung. Im Text wird die Helping Alliance Scale (Nübling 2017) zwar erwähnt, aber die hilfreiche Beziehung nur indirekt erfragt. Die Psychotherapieforschung definiert diese durch die Einschätzung der Patientin/des Patienten, (a), dass Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut gemeinsam an einem Problem arbeiten und (b), dass die Therapeutin/der Therapeut hilfreich und unterstützend ist. Diese Einschätzung der Patientin/des Patienten spiegelt die Qualität der therapeutischen Beziehung wider und hat einen prädiktiven Wert für das Therapieergebnis. Dieses Qualitätsmerkmal hätte nicht nur einen formalen (wie einige der aufgeführten Qualitätsmerkmale) sondern auch einen inhaltlichen Bezug zur Qualität der durchgeführten Psychotherapie.

Die Anzahl der Qualitätsmerkmale ist insgesamt sehr hoch, sodass sich die Frage nach der Praktikabilität stellt. Nicht berichtet wird im Zwischenbericht, wie diese Qualitätsmerkmale in konkrete Items eines Fragebogens einmünden und wie auf der Grundlage dieser Items Qualitätsindikatoren entwickelt werden. Eine Datenreduktion erscheint dabei dringend notwendig, um das Verfahren praktikabel zu halten. Dabei müssen Gewichtungen

vorgenommen werden, da einzelne Merkmale (z. B. Therapieziel vereinbart) sicherlich mit einem Item erfasst werden können, andere Merkmale wie z. B. die Outcome-Messung anhand validierter Instrumente erfolgen müssen. Diese weiteren Schritte der Datenreduktion und der Auswahl der Qualitätsmerkmale bzw. der Operationalisierung in Form der Items sind zentral für die Validität und Qualität des finalen Fragebogeninstrumentes.

Methodische Probleme:

Es werden im Zwischenbericht eine ganze Reihe methodischer Probleme angesprochen, für die aktuell jedoch keine Lösungsvorschläge gemacht werden können. Die methodischen Probleme sind aber schwerwiegend und bedürfen einer Lösung, bevor der Fragebogen in die Anwendung gehen kann.

- **Fallzahlen und Risikoadjustierung:**
Der Bericht geht nur kurz ein auf die häufig geringe Fallzahl der Patientinnen und Patienten als methodisches Problem für die statistische Auswertung der Ergebnisse. Dieses Problem wirkt umso schwerer, da die Ergebnisse der Befragung auf die individuelle Therapeutin bzw. den individuellen Therapeuten bezogen werden. Um die Qualität der Therapeutinnen und Therapeuten einzuschätzen, müssen auch bei niedrigen Fallzahlen Referenzbereiche definiert werden, bei deren Unterschreitung Qualitätssicherungsmaßnahmen in die Wege geleitet werden. Bei der Heterogenität der Patientinnen und Patienten einerseits und der zu behandelnden psychischen Störungen andererseits muss jedoch zur Abschätzung der Qualität eine Adjustierung nach Patientenmerkmalen erfolgen. So unterscheiden sich Patientinnen und Patienten erheblich in ihrer Konzentrationsfähigkeit und ihrem Erinnerungsvermögen, aber auch in ihrer Fähigkeit, wertschätzendes Verhalten wahrzunehmen bzw. Therapieziele zu definieren. Bei bestimmten Patientengruppen (z. B. PTBS, Angststörungen) ist die Symptombesserung deutlich schneller zu erreichen als bei anderen (z. B. chronifizierte Depression, komplexe PTBS mit Persönlichkeitsstörungen). Angesichts der kleinen Fallzahlen mitteln sich diese Effekte über unterschiedliche Patientengruppen bei einzelnen Therapeutinnen/Therapeuten nicht aus. Hinzu kommt, dass einige Therapeutinnen/Therapeuten sich im Schwerpunkt bestimmten schwer zu behandelnden Patientengruppen wie z. B. Patientinnen oder Patienten mit Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen oder komplexen Traumafolgestörungen widmen. Daher ist es notwendig, wie im Zwischenbericht ja auch ausgeführt, ein empirisch valides Konzept der Risikoadjustierung vorzulegen. Die Schwere der zu bewältigenden Aufgabe wird unter anderem daran deutlich, dass es bis heute im Bereich der Psychotherapieforschung angesichts der Komplexität des Geschehens nicht gelungen ist, für den Psychotherapieerfolg ein überzeugendes störungsübergreifendes Modell der Risikoadjustierung zu entwickeln. Eine Adjustierung hat allerdings nicht nur zur Messung des Outcomes zu erfolgen. Auch bei den anderen Qualitätsmerkmalen, die ein Erinnern der Situation erforderlich machen, spielen die beeinflussenden Patientenfaktoren eine große Rolle.
- **Veränderungsmessung:**
Um eine valide Aussage über Therapieverläufe und Outcome machen zu können, ist es notwendig, mindestens an zwei Zeitpunkten eine Messung (vor und nach der Psychotherapie) durchzuführen. Die Instrumente müssen ausreichend präzise das Kriterium messen, wobei die Merkmale für den Outcome durchaus gut gewählt sind. Dabei ist einer präzisen validen Messung der Vorrang zu geben vor der Abbildung einer Vielzahl von formalen Qualitätsmerkmalen. Nur so lassen sich die Variablen der Risikoadjustierung ermitteln und eine valide Aussage über Veränderungsprozesse machen.

- **Messzeitpunkte:**
Auch die Messzeitpunkte spielen eine gewichtige Rolle. Diese müssen angepasst werden an die Länge der jeweiligen Therapie, die unter anderem von den Therapiezielen und therapeutischen Strategien bestimmt wird.
- **Weitere Einflussfaktoren:**
Bei der Beurteilung des Outcomes ist auch die Erkenntnis der Psychotherapieforschung zu beachten, dass ca. 40 % der Varianz des Psychotherapie-Outcomes durch Faktoren der Patientin/des Patienten und ihrer/seiner Lebenssituation bestimmt werden, die nicht von der Therapeutin bzw. von dem Therapeuten zu beeinflussen sind. Weitere 15 % werden durch die Erwartung der Patientin/des Patienten bestimmt. Letztere werden im Übrigen nicht als explizites Qualitätsmerkmal erfasst.
- **Externe Validität:**
Bei der Analyse des Fragebogens ist neben den Pretests auch seine externe Validität zu prüfen. So ist zu klären, in welchem Ausmaß die von den Patientinnen und Patienten im Fragebogen angegeben erinnerten Informationen übereinstimmen mit den in der Konsultation vermittelten Informationen.

Diese methodischen Probleme erschweren eine valide Beurteilung der Qualität der Psychotherapie einer Psychotherapeutin/eines Psychotherapeuten und sollten daher zur großen Vorsicht bei den Auswertungen führen.

Die im vorliegenden Entwurf vorgesehene Nutzung der Aussagen von Patientinnen und Patienten in der ambulanten Versorgung zur Beurteilung der Arbeit einzelner Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen und zum Vergleich dieser untereinander sieht die Bundesärztekammer sehr kritisch. Das Qualitätssicherungsverfahren birgt die Gefahr der Patientenselektion. Schwer kranke Patientinnen und Patienten mit komplexen Störungen machen nur langsame Therapiefortschritte und sehen entsprechend weniger Erfolg bei der Therapeutin/dem Therapeuten. In der Folge müssen ihre Therapeutinnen/Therapeuten negative Bewertungen oder sogar Sanktionen befürchten, was wiederum dazu führen kann, dass eine Patientenselektion stattfindet. Im Endeffekt hätten die betroffenen Patientinnen und Patienten weniger Chancen auf Therapieplätze als gesündere Patientinnen und Patienten mit guter Beziehungsfähigkeit, Compliance und schnelleren Erfolgen in Therapien.

Insgesamt begrüßt die Bundesärztekammer das Bemühen, die Qualitätssicherung im Bereich der ambulanten Psychotherapie weiterzuentwickeln. Die entwickelten Qualitätsmerkmale mit leichten Modifikationen und in reduzierter Anzahl erscheinen nachvollziehbar und sinnvoll. Es bestehen aber Zweifel, ob – wie das IQTIG selbst schon zu bedenken gibt – die angeführten methodischen Probleme überwunden werden können.

Erst nach Vorlage des endgültigen Fragebogens, der Qualitätsindikatoren und des Auswertungskonzepts wird sich eine Aussage darüber treffen lassen, ob das Instrument die im Auftrag des G-BA genannten Anforderungen erfüllen kann und ob es sich für den routinemäßigen Einsatz eignet. Sollten die Anforderungen nicht oder nur eingeschränkt erfüllbar sein, so wird über eine Modifikation der Anforderungen zu diskutieren sein.