



DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

Psychotherapie **Aktuell**

13. Jahrgang | Sonderausgabe 2021



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung – Impulse für eine Neuausrichtung

Qualität leben
statt Daten erheben

Kooperation statt Konkurrenz: Qualitätssicherung in der Vertragspsychotherapie



DPtV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

Infolyer für Ihre Patient*innen!

Mit den Faltpflichtern zu den Themen: Kostenerstattung (wieder erhältlich), Essstörungen, Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Burn-out, Schulangst, Psychotherapie, Depression, Zwang, Agoraphobie und Panikstörung, Somatoforme Störungen, Sucht, Psychische Gesundheit und ADHS bieten Sie Ihren Patientinnen und Patienten einen besonderen Service.

Die 6-seitigen Faltpflichter können jeweils in 10er-Packs online über www.dptv.de/bestellungen bestellt werden. Mindestbestellmenge sind 40 Stück (8 Euro inkl. Porto).



Aktualisierte Flyer!

Qualitätssicherung nur im Interesse der Patient*innen



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Psychotherapeut*innen erbringen ausschließlich zuwendungsorientierte Arbeit, sind intrinsisch motiviert und nehmen an umfangreichen Maßnahmen zur Absicherung der Behandlungsqualität teil. Supervision, Intervision, Qualitätszirkel-Arbeit, Fort- und Weiterbildungsangebote kennzeichnen den Berufsalltag aller Psychotherapeut*innen.

Steigende Nachfrage und steigende Fallzahlen in der ambulant-psychotherapeutischen Versorgung führen zunehmend zu Begehrlichkeiten der Krankenkassen nach Kontrolle und Transparenz psychotherapeutischen Handelns. In verschiedenen Gesetzgebungsverfahren wurden zahlreiche Qualitätssicherungsmaßnahmen einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung (sQS) ausdifferenziert: Geplant sind eine hundertprozentige Dokumentationspflicht zusätzlicher Qualitätsindikatoren, ein Benchmarking der Praxen und die Möglichkeit der Qualitätsbestimmung ausschließlich über Patientenbefragungen.

Mit dem Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz wird nochmals der Stichtag für die Einbeziehung der Psychotherapie in die in einigen somatischen Fächern schon eingeführte QS festgesetzt: „Der G-BA beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2022 in einer Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 ein einrichtungsübergreifendes sektorspezifisches Qualitätssicherungsverfahren für die ambulante psychotherapeutische Versorgung“ (§ 136 Abs. 2a SGB V) und ergänzend ist geregelt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)

„sämtliche Regelungen zum Antrag- und Gutachterverfahren aufzuheben“ hat, „sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Abs. 2a eingeführt hat“ (§ 92 Abs. 6a Satz 6 SGB V).

Dieses Sonderheft der Psychotherapie Aktuell zur Qualitätssicherung (QS) gewährt einen umfassenden Einblick zum aktuellen Stand der Entwicklungen und stellt eindeutige politische Forderungen an den Gesetzgeber und den untergesetzlichen Normgeber, den Gemeinsamen Bundesausschuss. QS muss sich am Nutzen für die Patientenversorgung orientieren, der individuellen Behandlung gerecht werden, den sicheren und geschützten Rahmen einer Psychotherapie respektieren. QS-Verfahren müssen zunächst erprobt werden und dürfen keine weitere Bürokratie aufbauen. Eine Zunahme an Kontrolle zu Lasten wertvoller psychotherapeutischer Zuwendungszeit lehnen wir entschieden ab.

Wir bedanken uns bei den Autor*innen für engagierte Beiträge und wünschen Ihnen eine erkenntnisreiche Lektüre.

Herzliche Grüße im Namen des Bundesvorstands

Gebhard Hentschel
Bundesvorsitzender der DPTV



DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

**Psychotherapie
in der privaten
Krankenversicherung
(PKV) und bei
sonstigen Kostenträgern**
Informationen und Anleitungen

**Die Praxisübergabe
an Nachfolger**
Ein Leitfaden

**Steuern in der
psychotherapeutischen
Praxis**

**Aktualisierte
Broschüren!**

Broschüren im DIN-A4-Format
können bestellt werden unter
www.dptv.de/bestellungen.
15 Euro für DPTV-Mitglieder
(30 Euro für Nichtmitglieder)

www.dptv.de

DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

**Die Praxisübergabe
an Nachfolger**

Ein Leitfaden

4. überarbeitete Auflage



QUALITÄTSSICHERUNG

- 6 Qualität leben statt Daten erheben
- 16 Ambulante Psychotherapie – Qualitätssicherung am Beispiel der DeQS-Richtlinie
- 24 Kooperation statt Konkurrenz: Qualitätssicherung in der Vertragspsychotherapie
- 28 Sektorenübergreifende Qualitätssicherung – Impulse für eine Neuausrichtung
- 34 Was hat Qualitätssicherung mit dem Antrags- und Gutachterverfahren zu tun?

NEWS

- 40 Kurz gemeldet ...
- 40 Komplexversorgung ein wichtiger Schritt, aber Hürden bleiben
- 41 Anzeigen
- 42 Impressum
- 43 Adressen DPtV

6



28



Sabine Schäfer

Qualität leben statt Daten erheben

Rück- und Ausblick auf gesetzliche und politische Initiativen zur Entwicklung einer Qualitätssicherung für die ambulanten Psychotherapie.

Die Vorgängerorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses, der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (1955 bis 2004), hatte in der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) vom 23. Oktober 1998, im damaligen Abschnitt H. in § 28 Abs. 2 festgelegt, „ein Verfahren zur Dokumentation psychotherapeutischer Leistungen und zur Evaluation der Prozess- und Ergebnisqualität zwischen den Vertragspartnern der Psychotherapie-Vereinbarung zu vereinbaren“. Dieser Beschluss wurde noch einmal in der Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie vom 19. Februar 2009 bestätigt.

Um dieser Beschlusslage gerecht zu werden, hat der Unterausschuss Psychotherapie 2009 eine Arbeitsgruppe Qualitätssicherung/Dokumentationsbogen eingerichtet, „AG Doku-Bogen“ genannt. Als Ergebnis dieser Arbeit entstanden vier Dokumentationsbögen, je zwei für die Behandlung von Erwachsenen (Anfang und Ende) sowie für Kinder- und Jugendliche (Anfang und Ende). In die Dokumentation der Psychotherapeut*innen wurde eine Bewertung der Behandlung durch die Patient*innen sowie ein psychometrisches Testinstrument einbezogen.

Die Erarbeitung der Dokumentationsbögen führte zu einem intensiven Diskussionsprozess in Bezug auf die Eignung der auszuwählenden Items zur Bewertung der Prozess- und Ergebnisqualität. Deshalb wurde 2013 ein Auftrag an das AQUA-Institut, dem damaligen Institut für Qualitätsentwicklung des G-BA übergeben. Es sollte – wissenschaftlich fundierte – Indikatoren finden, mit denen die Qualität in einer ambulanten Psychotherapie gemessen werden kann und dazu eine Konzeptskizze entwickeln. Der Ergebnisbericht des Instituts, vorgelegt am 13. Oktober 2015, bestätigte, was wir als Profession schon lange wissen: Die standardisierte Messung der Qualität einer ambulanten Psychotherapie – die auch Vergleiche mit anderen Psychotherapien erlaubt – ist sehr schwierig bis unmöglich.

Dennoch forderten die Krankenkassen bei der Reform der PT-RL in 2017 die Integration der damals entwickelten Dokumentationsbögen in die Richtlinie. Dies wurde jedoch bei der obligatorischen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wegen datenschutzrechtlicher Bedenken abgelehnt.



Der Auftrag des Unterausschuss Qualitätssicherung

Auf Initiative des Spitzenverbandes der Krankenkassen (GKV-SV) wurde daraufhin in einem psychotherapiefremden Unterausschuss, dem Unterausschuss Qualitätssicherung (UA QS), ein Auftrag formuliert, der die Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens für die ambulante Psychotherapie umfasst. Dieser Auftrag wurde am 17. Mai 2018 vom G-BA-Plenum verabschiedet und damit an das seit 2015 dem G-BA angebundene neue Institut für Qualitätsentwicklung, dem IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) übergeben.

Der Auftrag beinhaltet, ein Modell zu entwickeln, wie die Qualität des Prozesses und gegebenenfalls auch der Ergebnisse einer ambulanten Psychotherapie gemessen werden kann. Die damalige Konzeptskizze des AQUA-Instituts sollte bei der Entwicklung einbezogen werden. Für das Modell sollen die dazu notwendigen Qualitätsindikatoren, Instrumente und auch die zum Erfassen der Qualität notwendigen Dokumentationsvorgaben entwickelt werden. Zunächst sollte die Modellentwicklung nur für die Einzeltherapie bei Erwachsenen gelten (siehe Abbildung 1 links). Der Auftrag des UA QS an das IQTIG wurde nach der Aufnahme der Systemischen Therapie als Richtlinienverfahren im November 2019 um dieses Verfahren erweitert.



QUALITÄTSSICHERUNG

Der erweiterte Auftrag durch den Gesetzgeber

Doch Reformaufträge werden nicht nur im G-BA initiiert, wie hier vom UA QS, sondern diese werden in der Regel von der Bundesregierung, dem Gesetzesgeber, an den G-BA herangetragen. So beinhaltete das am 15. November 2019 verabschiedete Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung ein „Anhängsel“, das nichts mit der Reform der Ausbildung zu tun hatte. Hier wurde vom Gesetzgeber fast inhaltsgleich der Auftrag des UA QS vom Mai 2018 aufgegriffen und erweitert: Nun bezog sich die Entwicklung ei-

nes QS-Verfahrens auf alle Settings, also auch auf die Gruppenpsychotherapie. Auch wurde das zu entwickelnde QS-Modell um die Strukturqualität und eine standardisierte Dokumentation ergänzt (siehe Abbildung 1 rechts). Standardisierte Dokumentationen sind eine wissenschaftliche Grundlage, um Ergebnisse mit anderen vergleichen zu können. Gleich geblieben ist bei beiden Aufträgen das Fertigstellungsdatum, der 31. Dezember 2022. Bis dahin muss das neue QS-System für die ambulante Versorgung vorliegen.

Abbildung 1: Vergleich von UA QS: Antrag an IQTIG und PsychThGAusbRefG



UA QS: ANTRAG AN IQTIG (17. MAI 2018)

Entwicklung eines einrichtungübergreifenden QS-Verfahrens, welches die Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Instrumenten sowie die notwendigen Dokumentationsvorgaben für die Messung der Prozess- und – soweit sachgerecht abbildbar – Ergebnisqualität in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlicher Krankenversicherter umfasst (sektorspezifisch, nur für Erwachsene, nur für Einzeltherapie). → 31. Dezember 2022

PSYCHTHGAUSBREFG § 136 ABSATZ 2A SGB V (23. NOVEMBER 2019)

Der G-BA beschließt bis spätestens zum → 31. Dezember 2022 in einer Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 ein einrichtungübergreifendes 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 Therapieverfahrens ermöglicht, festzulegen.

Am 17. Juni 2021 wurde vom Plenum des G-BA dieser erweiterte Auftrag an das IQTIG übergeben. Hier soll nun das sich in der Entwicklung befindliche QS-Verfahren für die ambulante Psychotherapie so überarbeitet werden, dass auch die zusätzlichen QS-Aufgaben zur Gruppentherapie, Strukturqualität und explizit zur Ergebnisqualität mit einbezogen werden.

Darüber hinaus wurde noch ein weiterer Auftrag vom Gesetzgeber im § 92 Absatz 6a SGB V an den Gemeinsamen Bundesausschuss definiert: „Der G-BA hat sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren aufzuheben, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a eingeführt hat.“

Mit dem im August 2021 verabschiedeten Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) kommt nun aktuell noch ein für uns relevanter neuer Absatz 6 im § 136a SGB V hinzu:

„(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz erstmals bis zum 31. Dezember 2022 einheitliche Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit zum Zweck der Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung insbesondere durch einrichtungsbezogene Vergleiche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und zugelassenen Krankenhäuser auf der Basis der Auswertungsergebnisse der nach Maßgabe des § 299 bereits verarbeiteten Daten fest. ... Die Veröffentlichung der Auswertungsergebnisse hat einrichtungsbezogen und regelmäßig zu erfolgen. ...“

Darüber hinaus hat der Gesetzgeber eine 100%ige Dokumentation ins Gesetz geschrieben und festgelegt, dass die QS auch allein durch Patientenbefragung durchgeführt werden kann. In der Zusammenschau aller Gesetzesinitiativen bedeutet das für das zu entwickelnde QS-Verfahren in der ambulanten Psychotherapie, dass hier mit einem datengestützten QS-Verfahren ein Einrichtungsvergleich anvisiert wird, der einen Qualitätswett-

bewerb ankurbeln soll und eine Identifizierung und Sanktionierung von sogenannten Low Performern zum Ziel hat.

Die Grundlage für alle QS-Verfahren: die DeQS-Richtlinie

Alle QS-Verfahren, die bereits entwickelt wurden, müssen nach der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) gestrickt werden. Hier wird genau definiert, wie das Erheben, Verarbeiten und Nutzen von Daten bei den Leistungserbringer*innen und bei den Krankenkassen vonstattengeht, um das Ziel, den Vergleich der Leistungserbringer*innen untereinander zu erreichen. Ein weiter Teil der DeQS-Richtlinie beschreibt detailliert das Datenflussverfahren und definiert die Datenquellen aus der Software, der fallbezogenen QS-Dokumentation und der übermittelten Patientendaten (Patientenbefragung).

Letztendlich werden die gesammelten Daten dann in den Landesarbeitsgemeinschaften (LAGs) bewertet. In Bezug auf die Zusammensetzung muten sie wie kleine regionale G-BAs an. Hier wird dann in den Fachkommissionen bewertet,

welche Leistungserbringer*innen auffällig sind und welche Sanktionen er/sie erhält.

Im letzten Abschnitt der DeQS-Richtlinie werden bislang 15 QS-Verfahren beschrieben. Die meisten davon gehören in den stationären Bereich. Bislang gibt es nur drei sektorenübergreifende QS-Verfahren mit ambulanter vertragsärztlicher Beteiligung. Hier soll dann auch das – derzeit noch sektorspezifische – QS-Verfahren der ambulanten Psychotherapie eingereiht werden. Eine detaillierte Beschreibung zum Aufbau der DeQS-Richtlinie finden Sie im Beitrag „Ambulante Psychotherapie – Qualitätssicherung am Beispiel der DeQS-Richtlinie“ auf S. 16.

Wie soll nach den jetzigen Vorstellungen des IQTIG Qualität gemessen werden?

Das IQTIG identifiziert zunächst „Qualitätsbereiche“ und „Qualitätsindikatoren“ (QI) für eine Messung. Diese wurden im veröffentlichten Zwischenbericht „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter“ des IQTIG vom Februar 2019 dargestellt (siehe <https://tinyurl.com/revznf2p>).

IQTIG-Entwurf eines Qualitätsmodells mit Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Datenquellen

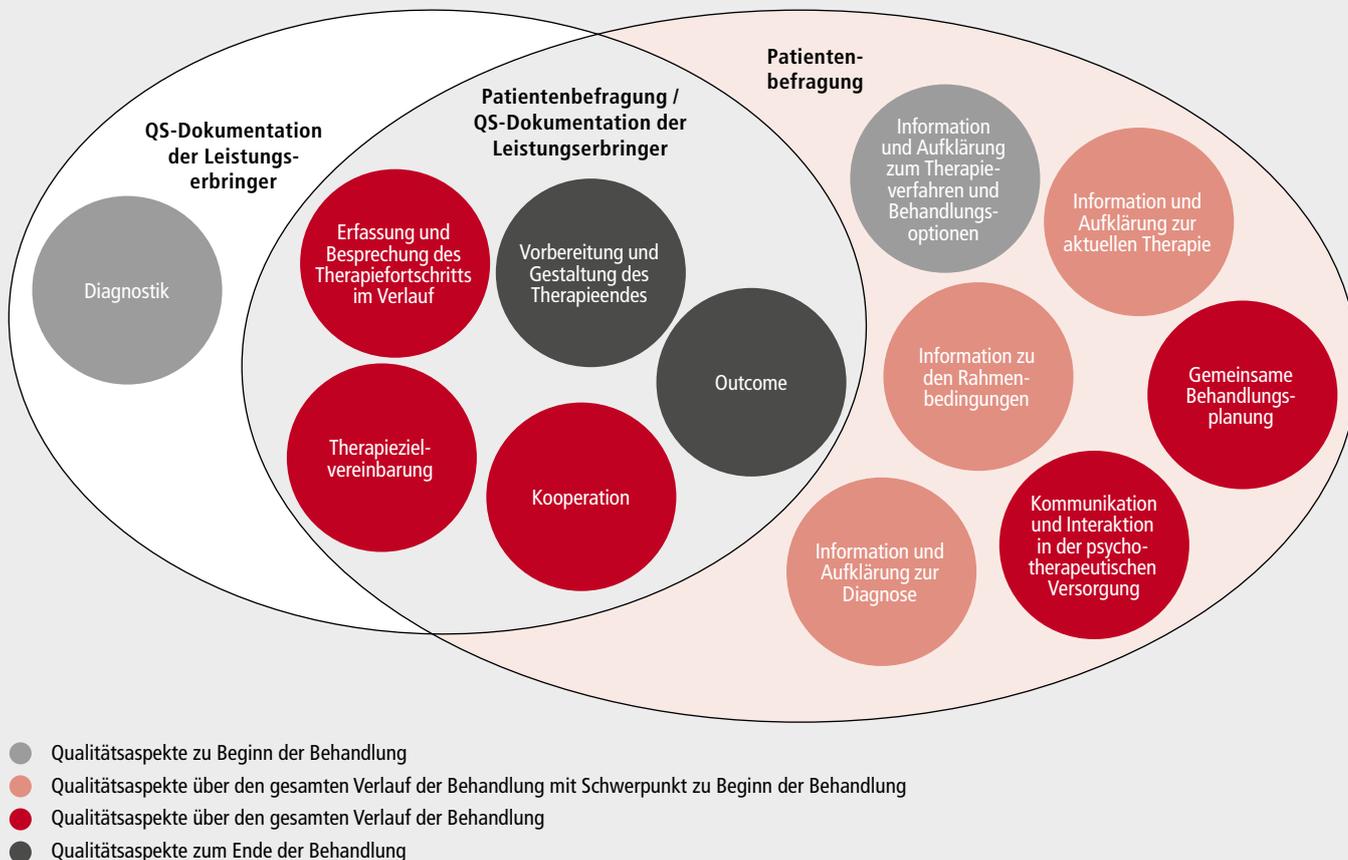


Abbildung 2: Grafische Darstellung der Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Datenquellen auf Grundlage des IQTIG-Zwischenberichts „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter“ vom 28. Februar 2019 (S. 79-80)

QUALITÄTSSICHERUNG

Zu diesen Bereichen sollen dann Daten mit der Dokumentation in der Praxis (das ist hier das „Klassik-Verfahren“) und Daten über eine Patientenbefragung erhoben werden. Hierzu wird dann für die DeQS-Richtlinie definiert, wie hoch der Prozentsatz der Erfüllung eines Indikators sein muss. Fällt man mit seinem statistischen Ergebnis dann unter dem des Durchschnitts der anderen Kolleg*innen, wäre das ein Aufgreifkriterium, welches dann von den LAGs bewertet und je nach deren Beurteilung dann gegebenenfalls auch zu Sanktionen führen kann.

DPTV-Kritikpunkte am geplanten QS-Verfahren

Das Anliegen der gesetzlichen Initiativen, Qualität der ambulanten Versorgung für die Öffentlichkeit transparent darzustellen, kann nachvollzogen werden. Allerdings muss jede Qualitätssicherung sich an ihrem Potenzial der Verbesserung der Versorgung messen lassen. Auch darf sie der Patientenversorgung nicht schaden! Dies ist mit den gesetzlich vorgesehenen Maßnahmen jedoch nicht gewährleistet. Die DPTV hat sich schon früh kritisch zu dem geplanten Vorhaben geäußert. Hier finden Sie die wichtigsten Kritikpunkte am geplanten QS-Verfahren aus unseren zahlreichen Stellungnahmen und Pressemeldungen:

Eine statistische Erfassung von Qualität in der Psychotherapie ist schwierig bis unmöglich.

- Es ist unter anderem aufgrund der Diversität der Störungsbilder und der kleinen Fallzahlen in Psychotherapiepraxen keine verlässliche Risikoadjustierung möglich.
- Es können mit der Erhebung von Routinedaten keine statistisch verlässlichen Aussagen über Qualität der Praxis oder der Behandlung erhoben werden.

Die Veröffentlichung derartiger statistischer „Ergebnisse“ in Verbindung mit einem Benchmarking hat negative Auswirkungen auf die Patientenversorgung.

- Da die erhobenen Daten nicht die reale Qualität wiedergeben können, führt ihre öffentliche Darstellung zu Fehlinterpretationen in Bezug auf Behandlungsqualität in einer Praxis und damit zu einer gegebenenfalls schwerwiegenden Irreführung der Patient*innen.
- Ein verlässliches Benchmarking ist aufgrund der oben geschilderten Schwierigkeit, die reale Qualität einer Praxis anhand von statistisch erhobenen Daten wiederzugeben, nicht möglich. Das Benchmarking bietet keine Abbildung der Realität.
- Diese Art der Erhebung und Darstellung der Qualität führt konsequent zur Gefahr der Risikoselektion: Patient*innen für erwartete „gute Ergebnisse“, mit einer relativ guten Prognose, werden eher aufgenommen. Patient*innen mit Krankheitsbildern, die statistisch eher „schlechtere Ergebnisse“ erwarten lassen, haben dann gegebenenfalls Schwierigkeiten in eine Behandlung aufgenommen zu werden (Vermeidung „schlechter Risiken“).

Patientenbefragungen

- In Patientenbefragungen werden Bewertungen der Patient*innen unreflektiert aufgenommen. Patient*innen, die aufgrund ihres Krankheitsbildes oder ihrer Persönlichkeitsstruktur zu negativen oder positiven Bewertungen neigen, werden es schwerer beziehungsweise leichter haben, einen Therapieplatz für eine Richtlinienpsychotherapie zu finden. Auch dies kann ebenfalls zu einer nicht gewollten Risikoselektion führen.
- Kleine Fallzahlen in den einzelnen Praxen und die Erfahrung, dass die Rückläufe bei Befragungen auch Selektionsprozessen unterworfen sind, werden ebenfalls zu verfälschten Ergebnissen in Bezug auf die Qualität führen.
- Der Erinnerungsbias der Patient*innen, werden diese im Nachhinein befragt, verhindert ebenfalls die Abbildung der Realität.
- Auch stellt sich hier die Frage vom Nutzen einer Patientenbefragung für die psychotherapeutische Behandlung. Nur wenn die Zuweisung der Rückmeldung zu Patient*innen möglich ist, kann diese konstruktiv für die laufende Behandlung genutzt werden. So haben diese Befragungen keine fachliche Bedeutung für die Behandlung.



Die wichtigsten DPTV-Forderungen für ein QS-Verfahren

- Eine QS soll Nutzen für die Behandlung/für die Verbesserung der Versorgung bringen.
- QS-Instrumente müssen der individuellen Behandlung der Patient*innen gerecht werden.
- QS-Instrumente dürfen den sicheren und geschützten Rahmen einer Behandlung nicht gefährden.
- Stichproben reichen in einem QS-Verfahren, Vollerhebungen sind unnötig.
- Ein QS-Verfahren darf nicht zu einer Zunahme von Bürokratie führen.
- Ein QS-Verfahren muss Datensparsamkeit, Datenschutz, Wirtschaftlichkeit und Zweckbindung der Daten beachten.
- QS-Instrumente müssen erst ausreichend erprobt sein, bevor sie regulär in der Praxis eingesetzt werden.
- Inter- und Supervision müssen in einem QS-Verfahren berücksichtigt werden.
- Der QS-Aufwand muss finanziert werden.
- Das Qualitätsmodell muss für psychotherapeutische Behandlungen passen.

EGO-STATE-THERAPIE Bonn
 Susanne Leutner, Elfie Cronauer & Team



*Unser spezieller Qualitätsbonus:
 Wir unterrichten im Team.
 Vorträge im Wechsel, lebendige
 Praxisdemos auch online, intensive
 Kleingruppenbetreuung.*

SPEZIALSEMINARE Curriculum 2021-22

Seminar 7 EMDR und EST am 28.+29.01.22

Spezielle Techniken der Traumaintegration, Kombination von Ego-State-Therapie mit Elementen des EMDR

Seminar 8 Körpersprache am 18.+19.02.22

Die Körpersprache der Ego-States

Seminar 9 Die Times Methode mit Silke Großbach am 01.+02.04.22

Kreative und gestalterische Interventionen in der Ego-State-Therapie

SONDERSEMINAR 2022

Seminar mit Jan Gysi am 15.+16.05.22

Diagnostik und strukturierte Erfassung von Traumafolgestörungen

Curriculum 2022-23

Seminar 1 am 14.+15.01.22 / Seminar 2 am 04.+05.03.22 /

Seminar 3 am 29.+30.04.22 / Seminar 4 am 19.+20.08.22

Die Seminare 1-9 sind Teil des anerkannten Ausbildungscurriculums zum/zur Ego-State Therapeut:in.

Alle Seminare umfassen 16 UE und werden akkreditiert bei der PTK NRW mit 20 Punkten. Sie finden nach Möglichkeit als Präsenzseminare statt, ggf. hybrid. D.h. für eine kleinere Zahl von Teilnehmer:innen besteht die Möglichkeit, online dabei zu sein. Wenn nötig, werden die Seminare rein online durchgeführt, dennoch interaktiv.

Teilnahmevoraussetzung: Approbation

Die Gebühren betragen pro Seminar 495 € inkl. Verpflegung.

Buchung per E-Mail bei: susanne.leutner@t-online.de

www.EST-Rheinland.de



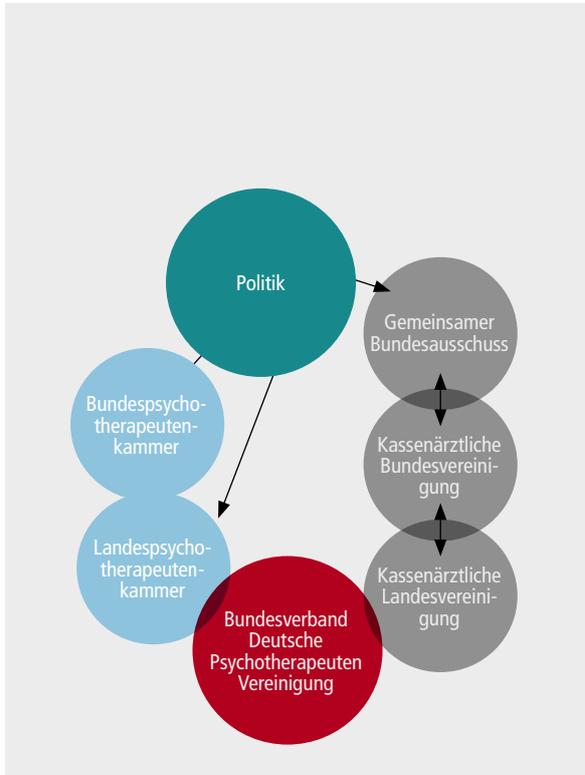


Abbildung 3: Vernetzung im Gesundheitssystem

Wie können wir auf die Entwicklung eines sinnvollen und bürokratiearmen QS-Instruments Einfluss nehmen?

Die DPTV ist in fast allen relevanten Gremien des Gesundheitssystems aktiv tätig. Die dort aktiven Psychotherapeut*innen nutzen diese Gremienarbeit, um das Gesundheitssystem über diese eklatanten Missstände des geplanten QS-Systems für die Profession zu informieren. Gleichzeitig positionieren sie sich hier mit ihrer Kritik und ihren Forderungen. Darüber hinaus treten wir als große Interessensvertretung aktiv an die Politik heran und informieren die Öffentlichkeit mit informativen Pressemeldungen (siehe Abbildung 3).

Dabei haben wir auch die Kooperation und Unterstützung von anderen Verbänden gesucht, um zu demonstrieren, dass diese Anliegen und Kritikpunkte nicht nur die eines (großen) Verbands sind, sondern die der gesamten Psychotherapeuten-schaft.

So führten die engagierten Diskussionen und Resolutionen der Landespsychotherapeutenkammern zu zwei wichtigen Resolutionen in der Bundespsychotherapeutenkammer:

Am 16. November 2019 wurde auf dem Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) die Resolution „Für den Erhalt des sicheren Rahmens der ambulanten Psychotherapie – gegen Eingriffe in die psychotherapeutische Behandlungshoheit“ mit überwältigender Mehrheit verabschiedet. Hier wurde unter anderem hervorgehoben, dass die Indikationshoheit jederzeit in der Hand der behandelnden Psychotherapeut*innen liegen muss und notwendige Langzeitbehandlungen im notwendigen Umfang erbracht werden müssen. Ein QS-Verfahren muss patientenorientiert bleiben und bürokratiearm gestaltet werden (siehe <https://tinyurl.com/k96kyj6v>)

Auf dem DPT am 14. November 2020 wurde besonders ein Nutzen einer QS für die Behandlung der Patient*innen gefordert und damit ein Datensammeln nur um seiner selbst willen kritisiert. Dabei würden sonst wichtige und notwendige Ressourcen der Patientenversorgung unnötig gebunden werden. Jeglicher – zusätzlicher – Dokumentationsaufwand muss mit einem Nutzen belegt sein: „Qualitätssicherung im ambulanten Bereich nur mit Nutzen für die Versorgung und vertretbarem Aufwand!“ (siehe <https://tinyurl.com/4a8vs6ma>).



Auch die Diskussionen in den Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere in den Beratenden Fachausschüssen Psychotherapie, fanden Eingang in bundespolitische Resolutionen. Die Forderungen für eine patienten- und sachgerechte QS wurden – über die Psychotherapeuten-schaft hinaus – von allen Facharztgruppen gefordert. Der Erfahrungsaustausch mit Vertreter*innen anderer Facharztgruppen, die teilweise schon mit einem QS-Verfahren in der DeQS-Richtlinie Eingang gefunden haben, beziehungsweise sich wie wir in der Entwicklung eines Verfahrens befinden, wird seitens der KBV auch sehr unterstützt.

Diese Beratungen fanden ihren gemeinsamen Ausdruck am 26. März 2021 in einer Resolution der KBV-Vertreterversammlung, die mit überwältigender Mehrheit von der gesamten Ärzte- und Psychotherapeuten-schaft verabschiedet wurde: „Qualitätssicherung muss der Versorgung dienen“ (siehe <https://tinyurl.com/ykw88ms9>). Sie lehnt noch einmal explizit die im GVWG geplante Richtlinie zur „Förderung der Transparenz und Sicherung der Qualität in der Versorgung“ ab. Mit dem dafür notwendigen Dokumentationsaufwand würde primär ein Kontrollbedürfnis der Kostenträger bedient. Es entsteht dadurch kein Nutzen für die Patientenversorgung. Im Gegenteil, wichtige Behandlungszeit ginge dadurch verloren. Gefordert wurde, dass selbst die bisher schon eingeführten QS-Verfahren hinsichtlich Aufwand, Kosten und Zielerreichung einer Überprüfung bedürfen. Über alle Facharztgruppen hinweg ist man sich einig, dass Qualität zu fördern ist, anstatt Sanktionen anzukündigen.

**Antrag auf KBV-Vertreterversammlung
26. März 2021**



**TOP 2: Bericht des KBV-Vorstandes an die Vertreterversammlung der KBV
Antrag 1: Qualitätssicherung muss der Versorgung dienen**

von: Dr. Pielsticker, Fr. Lubisch, Hr. Ruh, Hr. Moors, Dr. Friedrich-Meyer, Hr. Hentschel, Fr. Böker, Dr. Grüning, Dr. Schmelz, Dr. Bergmann, Dr. Kalbe, Dr. Englisch, Fr. Roos, Dr. Rochell, Hr. Josenhans, Dr. König

Am 3. Mai 2021 wurde eine weitere Resolution der KBV-Vertreterversammlung mit überwältigender Mehrheit der gesamten Ärzte- und Psychotherapeuten-schaft verabschiedet „Sachgerechte Qualitätssicherung“ (siehe <https://tinyurl.com/weakvj59>). Inhaltlich wurde – neben weiteren Forderungen – noch einmal betont, dass eine QS einer tatsächlichen Verbesserung der Versorgung dienen muss. Auch, dass Qualität vor allem durch intrinsische Motivation entsteht und nicht auf Kontrolle und Sanktionen aufbauen darf. Datensparsamkeit und natürlich auch die Zweckbindung legen Stichprobenerhebungen anstatt Vollerhebungen nahe und sehr sparsame Indikatorensets. Ein einrichtungsübergreifendes Benchmarking von Vertragspraxen wird eindeutig abgelehnt, um daraus resultierende unerwünschte Selektionen der Patient*innen zu vermeiden. Die KBV fordert aktuell eine Reform der sQS (siehe „Sektorenübergreifende Qualitätssicherung – Impulse für eine Neuausrichtung“ auf Seite 28).

**Antrag auf KBV-Vertreterversammlung
3. Mai 2021**



**TOP 2: Bericht des KBV-Vorstandes an die Vertreterversammlung der KBV
Antrag 2: Sachgerechte Qualitätssicherung**

von: Dr. Anke Pielsticker, Barbara Lubisch, Michael Ruh, Bernhard Moors, Dr. Frank Bergmann, Dr. Gabriele Friedrich-Meyer, Gebhard Hentschel, Ulrike Böker, Caroline Roos, Dr. Andreas Bartels, Dr. Wolfgang Krombholz, Dr. Tilman Kaethner, Dr. Bernhard Rochell, Peter Kurt Josenhans, Dr. Jens Uwe Wasserberg, Dr. Richard Häusler, Dr. Carsten König, Dr. Pedro Schmelz, Dr. Holger Grüning

QUALITÄTSSICHERUNG

Die DPTV hat sich mehrfach direkt – auch gemeinsam mit anderen Verbänden – an die Mitglieder im Ausschuss Gesundheit des Deutschen Bundestags gewandt und an Anhörungen im Gesetzgebungsverfahren des Bundesgesundheitsministeriums teilgenommen und hier ihre Forderungen und Kritikpunkte vorgetragen.

Grundlegend für die Entwicklung einer Positionierung ist der intensive Austausch mit den Mitgliedern des Verbands und in den DPTV-Delegiertenversammlungen über die Auswirkungen der Pläne des Gesetzgebers. In einer Resolution hat die Delegiertenversammlung am 18. Juni 2021 ihre wichtigsten Forderungen an die Politik zusammengefasst (siehe Seite 15).

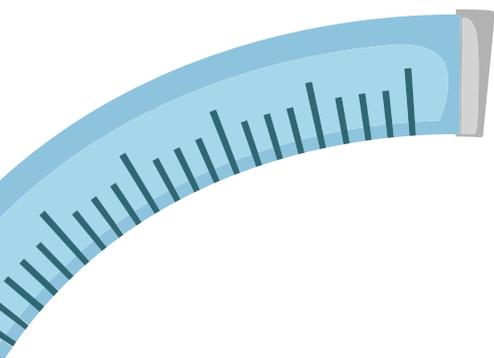
Ausblick

Wir bleiben weiter dran, dass Psychotherapeut*innen weiterhin mit ihren hochwertigen Qualitätsstandards und ohne Eingriff in die sensiblen Behandlungsprozesse in der Patientenversorgung ihren Beruf ausüben. In den politischen Forderungen zur Bundestagswahl 2021 (siehe <https://tinyurl.com/dptv-wahl2021>) hat die DPTV die Forderung nach einer für die psychotherapeutische Versorgung angemessenen Qualitätssicherung noch einmal Ausdruck verliehen: Qualitätsverbesserung durch Kooperation statt durch Konkurrenz in der psychotherapeutischen Versorgung! Siehe hierzu den Beitrag „Kooperation statt Konkurrenz“ auf Seite 24.



Sabine Schäfer

Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin. Stellvertretende Bundesvorsitzende der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung, Mitglied und Sachverständige in diversen Ausschüssen und Arbeitsgruppen des Gemeinsamen Bundesausschusses und Mitglied im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.



AQUA Institut für angewandte Qualitätssicherung und Forschung im Gesundheitswesen (2015): Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Konzeptskizze. Stand: 13.10.2015: <https://tinyurl.com/3mx596kr>

IQTIG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (2019): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell. Stand: 28.02.2019: <https://tinyurl.com/revzfn2p>

Bundesministerium für Gesundheit, Schreiben vom 01.08.2016 an den G-BA zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß §91 SGB V vom 16.06.2016 zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Strukturreform der ambulanten Psychotherapie: <https://www.g-ba.de/beschluesse/2634/>

DPTV: Politische Forderungen zur Bundestagswahl 2021: <https://tinyurl.com/dptv-wahl2021>

DPTV: Stellungnahme zum Aufruf zur Beteiligung an der Erprobung einer Patientenbefragung des Institutes für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) vom 26.05.2020: <https://tinyurl.com/477bu8kf>

DPTV: Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetz - GVWG) vom 12.11.2020: <https://tinyurl.com/pxdjdesc>

G-BA: Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter vom 17.05.2018: <https://www.g-ba.de/beschluesse/3334/>

G-BA: Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG: Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter vom 17. Juni 2021: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4888/>

Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15.11.2019: <https://tinyurl.com/7burhvcy>

Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) vom 11.06.2021: <https://tinyurl.com/jryp54hb>

KBV-Vertreterversammlung: Resolution „Qualitätssicherung muss der Versorgung dienen“ vom 26.03.2021: <https://tinyurl.com/ykw88ms9>

KBV-Vertreterversammlung: Resolution der „Sachgerechte Qualitätssicherung“ vom 03.05.2021: <https://tinyurl.com/weakvj59>

Resolution des 35. DPT vom 16.11.2019: Für den Erhalt des sicheren Rahmens der ambulanten Psychotherapie – gegen Eingriffe in die psychotherapeutische Behandlungshoheit. <https://tinyurl.com/k96kyj6v>

Resolution des 37. DPT vom 14.11.2020: Qualitätssicherung im ambulanten Bereich nur mit Nutzen für die Versorgung und vertretbarem Aufwand! <https://tinyurl.com/4a8vs6ma>

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) in der Fassung vom 23.10.1998, in Kraft getreten am 01.01.1999: <https://tinyurl.com/4mxnfa38>

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) vom 18.03.2021: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/>



**DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung**

Bundesgeschäftsstelle

Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 23500977
Fax 030 23500944
bgst@dptv.de
www.dptv.de

**Qualitätssicherung muss sich am Nutzen für die
Patientenversorgung orientieren**

Positionierung der DPTV-Delegiertenversammlung zur Qualitätssicherung 18.06.2021

**QS muss bürokratiearm sein – keine Verschwendung von psychotherapeutischer
Arbeitszeit**

Qualitätssicherung muss sich am Nutzen für die Patientenversorgung orientieren. Das geplante Verfahren einer einrichtungsbezogenen vergleichenden „Qualitätssicherung“ psychotherapeutischer Praxen ist mit einem erheblichen zusätzlichen Dokumentationsaufwand verbunden, bindet die kostbare Ressource Psychotherapeutenzeit in unverantwortlicher Weise und erzeugt erhebliche Datenmengen, die keine Aussagen über die Qualität psychotherapeutischer Behandlungen möglich machen und deren Nutzen fraglich ist. Das geplante einrichtungsbezogene öffentliche Benchmarking dient nicht der Qualitätsverbesserung, ist für Patient*innen irreführend und deshalb potenziell schädlich.

Kooperation statt Konkurrenz

Wirksame Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Versorgung kann nur durch Kooperation statt durch Konkurrenz gewährleistet werden. Qualitätsförderung benötigt positive Anreize statt Sanktionen.

Bewährte kooperative einrichtungsinterne und einrichtungsübergreifende Qualitätssicherungsmaßnahmen sind zu fördern und weiterzuentwickeln. Dazu gehören: Supervision, Intervention, Qualitätszirkel, interdisziplinäre Fallkonferenzen und Fallkonsultationen.

Strukturierte Kommunikationswege zwischen psychotherapeutischen Praxen und stationären Einrichtungen sind weiterzuentwickeln und zu fördern. Versorgungsbereichsübergreifende Kommunikationswege in Prävention, Rehabilitation, soziale Teilhabe und Teilhabe am Arbeitsleben sind zu etablieren.

Keine externen Eingriffe in die Psychotherapie

Die psychotherapeutische Behandlung benötigt einen sicheren strukturellen und zeitlichen Rahmen. Dies wird durch die Psychotherapie-Richtlinie und die Psychotherapie-Vereinbarungen gewährleistet. Dazu gehören transparente Leistungsansprüche für die Krankenversicherten gegenüber ihrer Krankenkasse und verlässliche Stundenkontingente. Dieser sichere Rahmen ist für die psychotherapeutische Behandlung unerlässlich und muss erhalten bleiben.



Fides Rulfs, Nicole Helmbold, Franziska Diel

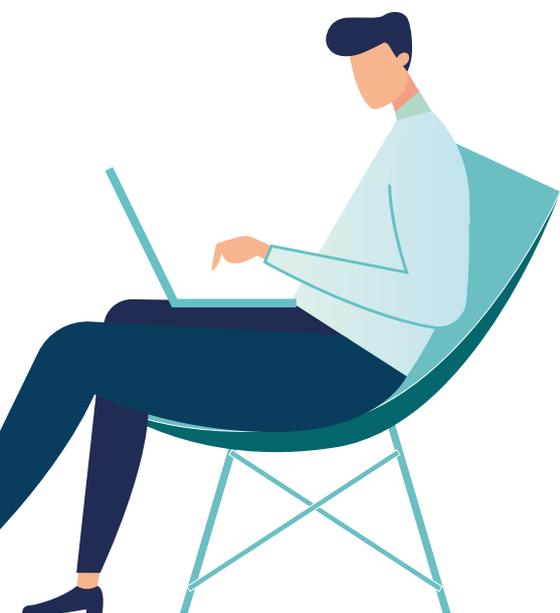
Ambulante Psychotherapie – Qualitätssicherung am Beispiel der DeQS-Richtlinie

Qualitätssicherung im Gemeinsamen Bundesausschuss: Hintergründe, Verfahrensabläufe und Entwicklung.

Im deutschen Gesundheitswesen gilt das Prinzip der gemeinsamen Selbstverwaltung. Deren höchstes Beschlussgremium ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Der G-BA berät die Vorgaben, in deren Rahmen medizinische Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden. Dazu gehören auch Vorgaben zur Qualitätssicherung (QS). Hierfür erarbeitet und beschließt der G-BA Richtlinien, welche untergesetzliche Normen des Sozialgesetzbuches V Krankenversicherung (SGB V) darstellen. An der Entwicklung dieser Richtlinien sind die vier großen Selbstverwaltungsorganisationen beteiligt. Dazu gehört die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), die Deutsche Kran-

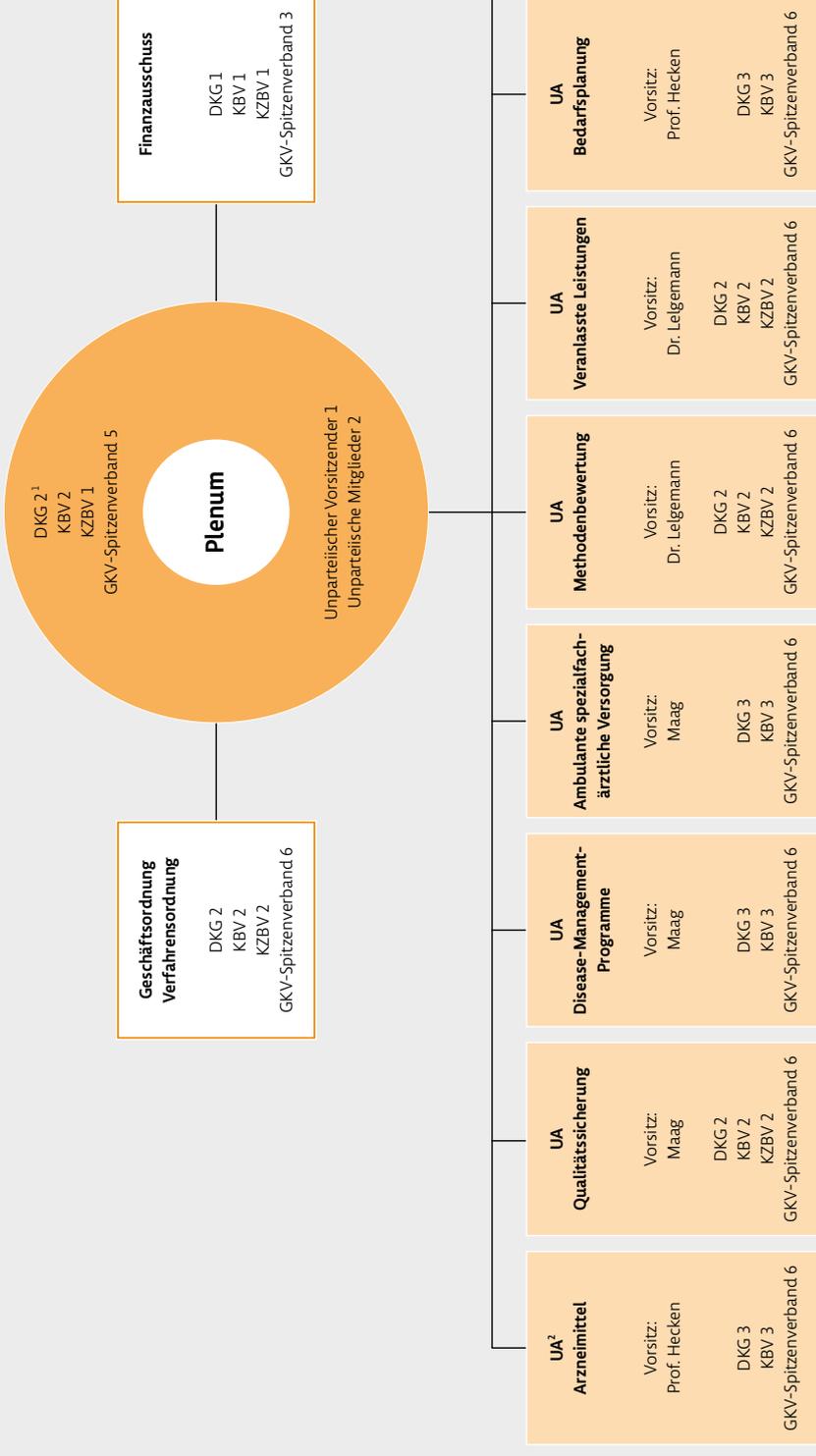
kenhausgesellschaft (DKG), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) als Vertreterin aller niedergelassenen Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV). Organisationen zur Vertretung der Interessen von Patientinnen und Patienten sowie Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsministerkonferenz der Länder haben im G-BA ein Mitberatungs- und Antragsrecht. Vertreterinnen und Vertreter der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer, der Bundeszahnärztekammer, des Verbands der Privaten Krankenversicherung und des Deutschen Pflegerats haben ein Mitberatungsrecht. Im Plenum, dem Beschlussgremium des G-BA, sitzen neben fünf Vertretern des GKV-SV und fünf Vertretern der Spitzenorganisationen der Leistungserbringer (KZBV, DKG und KBV) noch ein unparteiischer Vorsitzender und zwei weitere unparteiische Mitglieder. Die im Plenum getroffenen Entscheidungen werden zuvor in den entsprechenden Unterausschüssen vorbereitet. Beschlüsse zur QS werden üblicherweise im Unterausschuss „Qualitätssicherung“ beraten. Den Vorsitz der Unterausschüsse hat eines der unparteiischen Mitglieder inne.

Mit der Entwicklung von Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) beauftragt der G-BA das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Das IQTIG ist ein fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut, dessen Gründung, Aufgaben und Arbeitsweise nach § 137a SGB V festgelegt sind.





Der Gemeinsame Bundesausschuss: Plenum und Unterausschüsse



• In allen Gremien nehmen **Patientenvertreterinnen und -vertreter** mitberatend teil. Sie haben Antrags-, jedoch kein Stimmrecht (§ 140f Abs. 2 SGB V).

• Im Plenum und im Unterausschuss Bedarfsplanung nehmen **zwei Vertreterinnen oder Vertreter der Gesundheitsministerkonferenz der Länder** mitberatend teil (§ 92 Abs. 7e SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 SGB V).

• Im Plenum und im Unterausschuss Qualitätssicherung nehmen **jeweils eine Vertreterin oder ein Vertreter der Bundesärztekammer, des Verbands der Privaten Krankenversicherung und des Deutschen Pflegerats** mitberatend teil, soweit es Regelungen nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V (Qualitätssicherung) betrifft. Dies gilt auch für **die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer**, soweit jeweils die Berufsausübung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder der Zahnärztinnen und Zahnärzte berührt ist (§ 136 Abs. 3 SGB V).

¹ Anzahl der Mitglieder

² Unterausschuss

Beauftragung eines Qualitätssicherungsverfahrens für die ambulante Psychotherapie

Am 15. Mai 2018 wurde das IQTIG vom G-BA beauftragt, ein QS-Verfahren für alle gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren zu entwickeln, die eine Kurz- oder Langzeittherapie in einem Verfahren nach der Psychotherapie-Richtlinie in Anspruch nehmen. Das beauftragte QS-Verfahren sollte unabhängig von der Diagnose und vom Therapieverfahren anwendbar sein. Zusätzlich zu der Entwicklung von Prozessindikatoren sollte das IQTIG auch prüfen, ob Indikatoren zur Ergebnisqualität entwickelt werden können. Neben der klassischen QS-Dokumentation durch die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hat der G-BA eine Patientenbefragung beauftragt.

Neben der klassischen QS-Dokumentation durch die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hat der G-BA eine Patientenbefragung beauftragt.

Zusätzlich zu der Entwicklung von Prozessindikatoren sollte das IQTIG auch prüfen, ob Indikatoren zur Ergebnisqualität entwickelt werden können. Neben der klassischen QS-Dokumentation durch die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hat der G-BA eine Patientenbefragung beauftragt.

Die Überlegungen, die Qualität der ambulanten Psychotherapie zu erfassen und zu fördern, ist allerdings schon älter. Bereits 2015 erstellte das AQUA-Institut, ebenfalls im Auftrag des G-BA, eine Konzeptstudie für ein Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung (AQUA 2015). Damals wurde in der Beauftragung festgeschrieben, dass das AQUA-Institut auch Vorschläge zu möglichen Datenquellen für eine QS der ambulanten Psychotherapie erarbeiten soll. Das AQUA-Institut empfahl in seiner Konzeptskizze unter anderem eine softwaregestützte QS-Dokumentation. Hiermit war bereits der Grundstein für ein datengestütztes QS-Verfahren gelegt.

Das AQUA-Institut empfahl in seiner Konzeptskizze unter anderem eine softwaregestützte QS-Dokumentation. Hiermit war bereits der Grundstein für ein datengestütztes QS-Verfahren gelegt.

Änderung der normativen Rahmenbedingungen

Im November 2019 wurde die Systemische Therapie als zusätzliches Richtlinienverfahren in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen. Die Übertragbarkeit des zu entwickelnden QS-Verfahrens auf die Systemische Therapie muss deshalb nun auch durch das IQTIG geprüft werden. Ebenfalls im November 2019 wurden durch das Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung Änderungen in § 136a Absatz 2a und § 92 Absatz 6a SGB V eingebracht. Der Gesetzgeber hat mit diesen Änderungen explizit klargestellt, dass die ambulante Psychotherapie qualitätszusichern ist. Außerdem wurde mit dem 31. Dezember 2022 eine Frist gesetzt, zu der ein QS-Verfahren implementiert sein muss.

Auch ergeben sich mit diesen Gesetzesänderungen für die Entwicklung einer QS inhaltlich neue Anforderungen. Es muss das gesamte Spektrum der ambulanten Psychotherapie in ein QS-Verfahren einbezogen werden. Bisher waren in der Beauftragung des G-BA nur Einzeltherapiesitzungen adressiert. Die Übertragbarkeit des zu entwickelnden QS-Verfahrens auf Gruppentherapien muss daher ebenfalls durch das IQTIG geprüft werden. Bisher sollte das IQTIG nur Indikatoren zur Prozessqualität und nach Möglichkeit zur Ergebnisqualität erarbeiten. Nun sind nach Willen des Gesetzgebers explizit Indikatoren für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln. Am 17. Juni 2021 hat der G-BA das IQTIG deshalb beauftragt, das Konzept für ein QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu überarbeiten, um diese neuen gesetzlichen Anforderungen zu erfüllen.

QUALITÄTSSICHERUNG

Bisherige Entwicklungen des IQTIG zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie

In der Entwicklung des QS-Verfahrens zur ambulanten Psychotherapie kam es zu Verzögerungen. Daher beschloss der G-BA am 15. Oktober 2020, den Zwischenbericht des IQTIG vom 28. Februar 2019 zur Beauftragung vom 15. Mai 2018 zu veröffentlichen (IQTIG 2019). Dieser Zwischenbericht enthält das Qualitätsmodell, das dem zukünftigen QS-Verfahren zu Grunde liegen soll. Er zeigt auch, dass das Verfahren insbesondere in Bezug auf den diagnose- und verfahrensübergreifenden Ansatz und mit Hinsicht auf die zu erwartenden kleinen Fallzahlen je Psychotherapeutin und Psychotherapeut vor Herausforderungen steht. Der Abschlussbericht zu dieser Beauftragung wurde dem G-BA am 14. Juni 2021 vom IQTIG vorgelegt. Dieser Bericht wurde bisher nicht veröffentlicht. Der Abschlussbericht für die Patientenbefragung folgt voraussichtlich im Dezember 2021. Der Zwischenbericht zur Entwicklung der Patientenbefragung wurde im März 2020 an den G-BA übergeben. Auch dieser Bericht ist bisher nicht öffentlich zugänglich.

Die datengestützte Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses

Wie bereits erwähnt wird die QS der ambulanten Psychotherapie durch das IQTIG als ein datengestütztes QS-Verfahren konzipiert. Ein Beispiel für bereits bestehende datengestützte QS des G-BA ist die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL), die seit Anfang 2019 in Kraft ist. Unter dem Dach der DeQS-Richtlinie sind aktuell fünfzehn QS-Verfahren zusammengefasst. Die Verfahren betreffen zum Teil nur den stationären Bereich, zum Teil sind sie aber auch sektorenübergreifend ausgestaltet und betreffen sowohl den stationären als auch den ambulanten Sektor. Die ersten drei sektorenübergreifenden QS-Verfahren sind die „Verfahren zur perkutanen Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)“, zur „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperativer Wundinfektionen (QS WI)“ und zur „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)“.

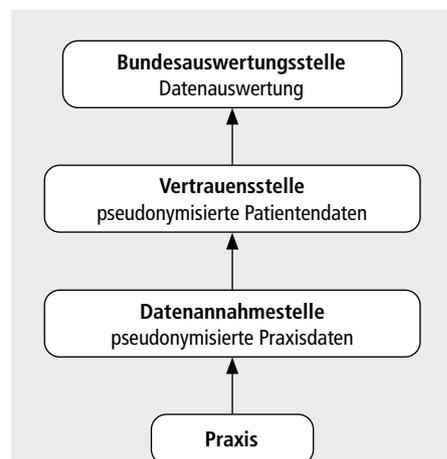
Die DeQS-Richtlinie besteht aus zwei Teilen. Der erste Teil beinhaltet die Rahmenbestimmungen für alle angegliederten QS-Verfahren. Dazu gehören Bestimmungen für die Aufgaben und die Zusammenarbeit der Beteiligten, für die Erhebung und Übermittlung der QS-Daten, für das Vorgehen zur Bewertung von Auffälligkeiten bei den QS-Ergebnissen und für das Berichtswesen. Der zweite Teil, die „Themenspezifischen Bestimmungen“, trifft für jedes QS-Verfahren getrennt spezifische Vorgaben, wie zum Beispiel eine Festlegung der zu erreichenden Ziele. Das zukünftige QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie wird sich aller Voraussicht nach als ein weiteres Verfahren unter das Dach dieser Richtlinie einreihen.

Die praktische Umsetzung der Qualitätssicherung unter der DeQS-Richtlinie

Am Anfang der datengestützten QS steht die Erfassung der geforderten QS-Dokumentation über eine geeignete Software. Alle Vorgaben, die durch den G-BA für ein QS-Verfahren beschlossen werden, werden vom IQTIG in einer sogenannten Software-Spezifikation umgesetzt, anhand derer die Softwareanbieter wiederum für das QS-Verfahren eine korrekte Software entwickeln sollen. Diese Softwareprodukte sollten in die genutzten Praxisverwaltungssysteme (PVS) über Schnittstellen integrierbar sein, sodass von der Therapeutin oder dem Therapeuten bereits vorhandene Daten nicht doppelt eingegeben werden müssen. Dennoch gibt es auch Daten, die speziell für die QS erhoben werden müssen und immer einen zusätzlichen Dokumentationsaufwand bedeuten.

Das zukünftige QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie wird sich aller Voraussicht nach als ein weiteres Verfahren unter das Dach dieser Richtlinie einreihen.

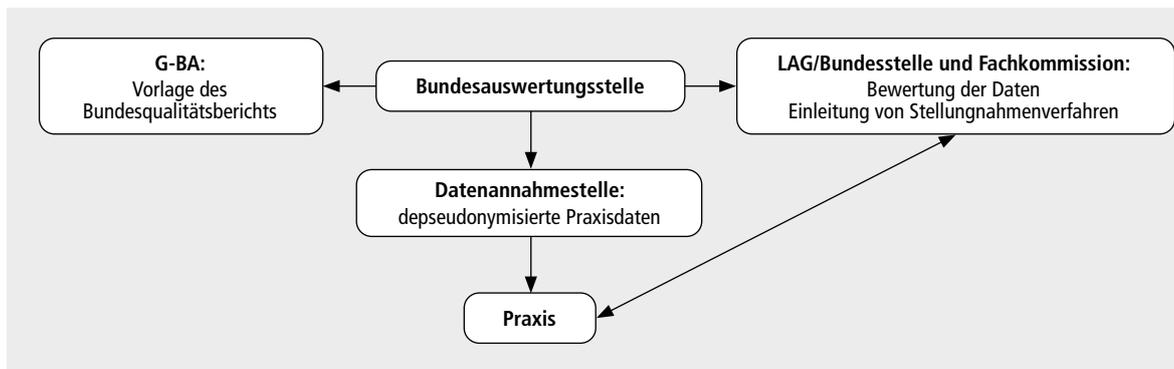
Abb. 1: Datenfluss der QS-Daten



Diese QS-Dokumentation wird nach der Eingabe transportverschlüsselt an eine Datenannahmestelle geschickt, zumeist einmal im Quartal (siehe Abbildung 1). In jedem Bundesland gibt es eine Datenannahmestelle, die für kollektivvertragliche Leistungen in der Regel bei der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) angesiedelt, aber von dieser organisatorisch, räumlich und personell unabhängig ist. Die Aufgabe der Datenannahmestelle ist es, die QS-Daten so zu pseudonymisieren, dass die Ergebnisse nicht mehr den einzelnen Therapeutinnen oder Therapeuten zuzuordnen sind. Nur die Datenannahmestelle selbst kann im Bedarfsfall die QS-Daten über das Pseudonym wieder der Therapeutin oder dem Therapeuten zurechnen. Anschließend schickt die Datenannahmestelle den pseudonymisierten Datensatz transportverschlüsselt weiter an eine Vertrauensstelle. Hier werden die Patientendaten pseudonymisiert.

Der komplett pseudonymisierte Datensatz wird schließlich von der Vertrauensstelle transportverschlüsselt an die Bundesauswertungsstelle übersandt. Die Aufgaben der Bundesauswertungsstelle hat der G-BA dem IQTIG übertragen. Hier werden die Daten ausgewertet. Diese Auswertung erfolgt auf Basis von Rechenregeln, die ebenfalls durch das IQTIG erarbeitet und durch den G-BA beschlossen werden. Alle QS-Daten werden zur Berechnung von Qualitätsindikatoren (QI) genutzt. Die Ergebnisse der Datenauswertung werden einerseits den Therapeutinnen oder Therapeuten in Form von Rückmeldeberichten zur Verfügung gestellt (siehe Abbildung 2). Andererseits werden sie den jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) oder der Bundesstelle übermittelt.

Abb. 2: Rückmeldung der QS-Ergebnisse



Die LAG sind mit der Auswertung der QS-Ergebnisse auf Landesebene betraut. Sie werden durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung, die Landeskrankenhausgesellschaft, die KV und den Landesverband der Krankenkassen und Ersatzkrankenkassen gebildet (siehe Abbildung 3). Nach dem Vorbild auf Bundesebene haben Vertreterorganisationen der Interessen von Patientinnen und Patienten ein Mitberatungsrecht. Den Landesärztekammern, den Landespsychotherapeutenkammern, den Landeszahnärztekammern, den Landesverbänden der privaten Krankenversicherungen und den Landesorganisationen der Pflegeberufe wird ein Beteiligungsrecht eingeräumt.

Beraten wird die LAG durch Fachkommissionen aus fachlichen Expertinnen und Experten. Diese Fachkommissionen bewerten auffällige QS-Ergebnisse, um festzustellen, ob diese ein Qualitätsdefizit abbilden. Zur Klärung der Ergebnisse können Stellungnahmeverfahren mit betroffenen Leistungserbringern durchgeführt werden. Wird tatsächlich ein Qualitätsdefizit festgestellt, können die Fachkommissionen der LAG quali-

Landesarbeitsgemeinschaft

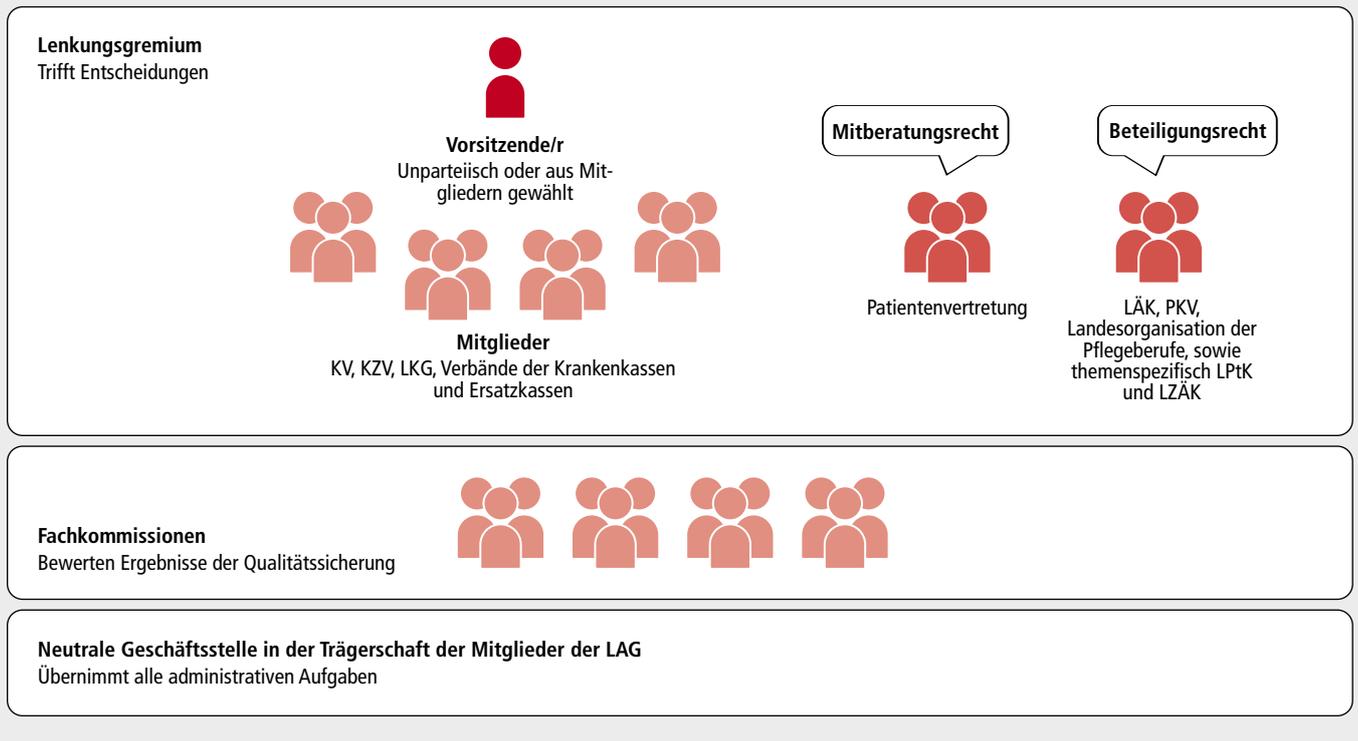


Abb. 3: Landesarbeitsgemeinschaft

Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten, Ärztinnen und Ärzte können sich in einer der bereits beschriebenen Fachkommissionen der LAGen oder in einem Expertengremium beim IQTIG einbringen.

tätsfördernde oder sanktionierende Maßnahmen empfehlen. Die Ergebnisbewertung der LAG fließt zusammen mit der Datenauswertung in den Bundesqualitätsbericht des IQTIG an den G-BA ein. Im Bundesqualitätsbericht werden die Daten in aggregierter Form dargestellt. Einzelne Leistungserbringer sind nicht identifizierbar.

Patientenbefragung in der Qualitätssicherung

Gemäß § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 SGB V sieht der Gesetzgeber die Entwicklung von Patientenbefragungen für die QS vor. Eine Infrastruktur für solche Patientenbefragungen wird aktuell durch den G-BA aufgebaut. Unter anderem wird eine zentrale Versendestelle eingerichtet, die die Fragebögen an die Patientinnen und Patienten verschicken und anonymisierte Befragungsergebnisse gewährleisten soll. Bisher hat das IQTIG drei Patientenbefragungen entwickelt. Die erste Patientenbefragung für das Verfahren QS PCI soll im Jahr 2022 starten. Ergänzt um die Versendestelle entsprechen die Datenflüsse der Patientenbefragung im Wesentlichen den bereits beschriebenen Datenflüssen der datengestützten QS. Die Patientinnen und Patienten schicken die ausgefüllten Fragebögen direkt an die Bundesauswertungsstelle, das IQTIG, zurück.

Aktives Engagement in den Qualitätssicherungsverfahren der DeQS-Richtlinie

Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten, Ärztinnen und Ärzte können sich in einer der bereits beschriebenen Fachkommissionen der LAGen oder in einem Expertengremium beim IQTIG einbringen. Die Expertengremien unterstützen das IQTIG in der Weiterentwicklung von QS-Verfahren. Die Ausschreibungen werden auf der Homepage des Instituts veröffentlicht. Interessierte Therapeutinnen und Therapeuten können sich auf diese Ausschreibungen bewerben. Für die Mitarbeit in einer Fachkommission werden die zukünftigen Vertreterinnen und Vertreter durch die KV vorgeschlagen und durch die LAG benannt.



Kontakt für Rückfragen
 Fides Rulfs
 Psychologin (Mag. rer. nat.)
 Kassenärztliche Bundesvereinigung
 Dezernat Versorgungsqualität
FRulfs@kbv.de



AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2015): Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Konzeptskizze. Stand: 13.10.2015. Göttingen: AQUA.

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell. Stand: 28.02.2019. Berlin: IQTIG.

Unsere Buchtipps



Laura Seebauer / Gitta Jacob
Imaginatives Überschreiben

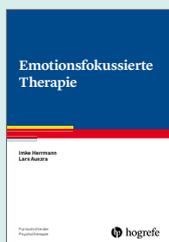
(Reihe: „Fortschritte der Psychotherapie“, Band 80)
2021, VI/76 Seiten,
€ 19,95 (DE) / € 20,60 (AT) / CHF 26.90
(Im Reihenabonnement
€ 15,95 (DE) / € 16,60 (AT) / CHF 21.50)
ISBN 978-3-8017-2821-2
Auch als eBook erhältlich



Petra Zimmermann / Julia Förster / Sophie Reiske (Hrsg.)
DBT-Sucht

Dialektisch-Behaviorale Therapie bei Borderline- und Substanzgebrauchsstörungen (DBT-S)

2021, 285 Seiten,
€ 39,95 (DE) / € 41,10 (AT) / CHF 48.50
ISBN 978-3-8017-3021-5
Auch als eBook erhältlich



Imke Herrmann / Lars Auszra
Emotionsfokussierte Therapie

(Reihe: „Fortschritte der Psychotherapie“, Band 82)
2021, VI/115 Seiten,
€ 19,95 (DE) / € 20,60 (AT) / CHF 26.90
(Im Reihenabonnement
€ 15,95 (DE) / € 16,60 (AT) / CHF 21.50)
ISBN 978-3-8017-2897-7
Auch als eBook erhältlich



Markus A. Landolt
Psychotraumatologie des Kindesalters

Grundlagen, Diagnostik und Interventionen

3., überarbeitete Auflage 2021,
266 Seiten,
€ 29,95 (DE) / € 30,80 (AT) / CHF 39.90
ISBN 978-3-8017-2879-3
Auch als eBook erhältlich



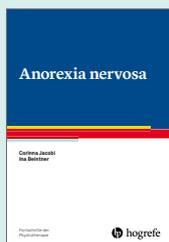
Nina Dittmer et al.
Zwanghaftes Bewegungsverhalten bei Essstörungen
Ein Therapiemanual

(Reihe: „Therapeutische Praxis“)
2021, 90 Seiten, Großformat,
inkl. CD-ROM,
€ 29,95 (DE) / € 30,80 (AT) / CHF 39.90
ISBN 978-3-8017-2951-6
Auch als eBook erhältlich



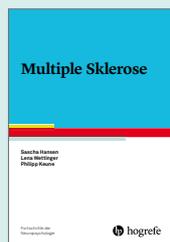
Tobias Teismann / Wolfram Dorrman
Suizidalität

(Reihe: „Fortschritte der Psychotherapie“, Band 54)
2., aktualisierte Auflage 2021,
VI/95 Seiten,
€ 19,95 (DE) / € 20,60 (AT) / CHF 26.90
(Im Reihenabonnement
€ 15,95 (DE) / € 16,60 (AT) / CHF 21.50)
ISBN 978-3-8017-3037-6
Auch als eBook erhältlich



Corinna Jacobi / Ina Beintner
Anorexia nervosa

(Reihe: „Fortschritte der Psychotherapie“, Band 81)
2021, VIII/114 Seiten,
€ 19,95 (DE) / € 20,60 (AT) / CHF 26.90
(Im Reihenabonnement
€ 15,95 (DE) / € 16,60 (AT) / CHF 21.50)
ISBN 978-3-8017-3031-4
Auch als eBook erhältlich



Sascha Hansen / Lena Wettinger / Philipp Keune
Multiple Sklerose

(Reihe: „Fortschritte der Neuropsychologie“, Band 23)
2021, VI/93 Seiten,
€ 22,95 (DE) / € 23,60 (AT) / CHF 29.90
(Im Reihenabonnement
€ 15,95 (DE) / € 16,60 (AT) / CHF 21.50)
ISBN 978-3-8017-2913-4
Auch als eBook erhältlich





Michael Ruh

Kooperation statt Konkurrenz: Qualitätssicherung in der Vertragspsychotherapie

Die vom Gesetzgeber vorgesehene, vom Gemeinsamen Bundesausschuss geplante und vom IQTIG vorbereitete Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie ist aus Sicht des Bundesvorstands der DPTV nicht geeignet, die Qualität in der ambulanten Psychotherapie zu sichern oder gar zu verbessern.



Der Grundgedanke des Gesetzgebers, dass ein „Qualitätswettbewerb“, bei dem psychotherapeutische Praxen anhand von statistischen Indizes für die Prozess- und Ergebnisqualität verglichen werden und darüber miteinander öffentlich konkurrieren sollen, zu einer Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung führt, ist ein Irrweg. Die psychotherapeutische Behandlung ist ein in hohem Maß auf die jeweils zu Behandelnden zugeschnittener individueller Prozess, der sich deshalb einer praxisübergreifenden statistischen Vergleichbarkeit entzieht. Psychotherapie-Vereinbarung und Psychotherapie-Richtlinie garantieren den rechtlichen Rahmen für diese individualisierte Behandlung.

Was bislang von den Planungen des IQTIG bekannt geworden ist, schränkt die für den psychotherapeutischen Prozess notwendige Handlungsfreiheit der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in erheblichem Maße ein.

- Die geplante Verpflichtung zur Durchführung psychometrischer Tests vor, während und nach jeder Psychotherapie unabhängig davon, ob dazu eine Indikation besteht, beschneidet die psychotherapeutische Indikationshoheit.¹

- Die Verpflichtung zur Kommunikation mit allen weiteren Behandlern bei jeder Patientin und jedem Patienten, unabhängig davon, ob dafür ein Anlass besteht, führt nicht nur zu Mehraufwand, sondern auch absehbar zu Störungen des psychotherapeutischen Prozesses, der in hohem Maße von der Vertraulichkeit der psychotherapeutischen Beziehung abhängig ist.
- Weiterhin führen die zusätzlich den Psychotherapeut*innen auferlegten QS-Dokumentationsverpflichtungen zu einem erheblichen Mehraufwand für eine als überwiegend sinnlos oder gar bedrohlich empfundene Tätigkeit.

Grundsätzlich ist an diesem QS-Modell zu kritisieren, dass die für die erfolgreiche psychotherapeutische Behandlung notwendigen individualisierten Vorgehensweisen und Prozesse einer Standardisierung und einer externen Kontrolle unterworfen werden sollen.

¹ Interessanterweise hatte das TK-Modellprojekt als bislang einzige diesbezügliche vergleichende Untersuchung in der ambulanten Psychotherapie in Deutschland eindeutig ergeben, dass die Durchführung von psychometrischer Testverfahren vor, während und nach der Psychotherapie das Behandlungsergebnis keineswegs verbessert, sondern sogar zu einer Verlängerung der Behandlungen um im Durchschnitt vier Sitzungen führt.

Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung in der Vertragspsychotherapie

Psychotherapeut*innen praktizieren schon seit langer Zeit **einrichtungsübergreifende interne Maßnahmen der Qualitätssicherung**. Diese befragen sich im Gegensatz zum IQTIG-Modell auf Kooperation anstelle der Konkurrenz der Beteiligten. Folgende kooperative Modelle zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung in der ambulanten Psychotherapie werden praktiziert:

Supervision ist schon lange vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes ein wichtiger Bestandteil in der Ausbildung zur Psychotherapeutin und zum Psychotherapeuten gewesen.

Psychotherapeut*innen praktizieren schon seit langer Zeit einrichtungsübergreifende interne Maßnahmen der Qualitätssicherung.

Nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1998 und der dazugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ist die Supervision der Ausbildungstherapien weiterhin vorgesehen und vorgeschrieben. Für Niedergelassene, aber auch für Kolleg*innen in allen anderen Arbeitsbereichen, besteht im Rahmen der Fortbildungsordnungen der Psychotherapeutenkammern die Möglichkeit, Supervision für aktuelle Behandlungen in Anspruch zu nehmen. Dabei werden entsprechende Qualifikationsanforderungen an die Supervisoren gestellt.

Intervision ist ebenfalls im Rahmen der Fortbildungsordnungen der Psychotherapeutenkammern vorgesehen. Hier werden in der Teilnehmergruppe die ganze Bandbreite der Fragestellungen in der Psychotherapie bearbeitet, so etwa von der Indikationsstellung über die Behandlungsverlauf bis hin zum Therapieabschluss. Meistens stehen hier individuelle psychotherapeutische Behandlungen und Behandlungsprobleme thematisch im Vordergrund.

Die Anerkennung von **Qualitätszirkeln** in der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung erfolgt durch die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern beziehungsweise Psychotherapeutenkammern. Qualitätszirkel können berufs- und fachgruppenübergreifend (Ärztenschaft und Psychotherapeut*innen) oder fachgruppenspezifisch zusammengesetzt sein. Arbeitsschwerpunkt der Qualitätszirkel sind ebenfalls die jeweiligen Fragestellungen der beteiligten Fachgruppen in der Patientenbehandlung. Im Unterschied zur Fallarbeit in der Intervision steht hier die themenspezifische Arbeit im Vordergrund, wobei es dabei natürlich Überschneidungen geben kann.

Diese internen einrichtungsübergreifenden kooperativen QS-Maßnahmen bauen auf Freiwilligkeit und intrinsische Motivation und haben sich deswegen seit vielen Jahren in der ambulanten Psychotherapie bewährt. Im Gegensatz setzt das IQTIG-Modell der externen QS auf Kontrolle, Sanktionen und das Schüren von Konkurrenz durch öffentliche Praxenvergleiche aufgrund quantitativer Indizes fragwürdiger Herkunft und Validität.

Fazit und Ausblick

Die vom IQTIG entwickelten QS-Maßnahmen und die daraus abgeleiteten Qualitätsindizes, die beispielsweise in der industriellen Fertigung standardisierter Produkte sinnvoll sein mögen, lassen sich prinzipbedingt nicht auf komplexe individualisierte Behandlungen und Prozesse in der Psychotherapie übertragen. Es ist daher dringend erforderlich, dass bei der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie psychotherapeutischer Sachverstand zum Tragen kommt.

Kooperative Maßnahmen der Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung in der ambulanten Psychotherapie lassen sich durchaus weiterentwickeln. So ist zum Beispiel der fachlich-inhaltliche patientenbezogene Austausch mit stationären psychotherapeutischen oder psychiatrischen Einrichtungen verbesserungswürdig. Bislang beschränkt sich dieser auf die Ausstellung der Krankenseinweisung und der Entgegennahme des Entlassungsberichts. Ähnliches gilt für die psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation im Rahmen der Deutschen Rentenversicherung und anderer Kostenträger. Auch der Aufbau von kooperativen Strukturen und Schnittstellen zur ambulanten psychosozialen und sozialpsychiatrischen Betreuung kann der Verbesserung der Qualität in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen dienen.

Die vom IQTIG vorgesehenen QS-Maßnahmen und die daraus abgeleiteten Qualitätsindizes, lassen sich prinzipbedingt nicht auf komplexe individualisierte Behandlungen und Prozesse in der Psychotherapie übertragen.



Michael Ruh

Psychologischer Psychotherapeut, niedergelassen in Frankenberg/Eder. Stellv. Bundesvorsitzender der DPtV und Mitglied im Landesvorstand Hessen der DPtV. Mitglied der KBV-Vertreterversammlung und Mitglied des Beratenden Ausschusses Psychotherapie der KBV, Mitglied der Vertreterversammlung der KV Hessen und Vorstandsbeauftragter für Psychotherapie der KV Hessen.



BPTK – Bundespsychotherapeutenkammer. Musterfortbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer. Aktualisierte Fassung auf Beschluss des 9. Deutschen Psychotherapeutentages in Köln am 18. November 2006, geändert auf dem 32. Deutschen Psychotherapeutentag in Bremen am 20./21. April 2018.

Ingrid Quasdorf, Susanne Kleudgen. Kassenärztliche Bundesvereinigung DeZemat 7 – Sektorenübergreifende Qualitätsförderung. 20 JAHRE QUALITÄTSZIRKEL - Unmittelbarer Nutzen für Patienten. Deutsches Ärzteblatt. Jg. 111. Heft 12.

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen: Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell. Erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses. Stand: 28. Februar 2019.

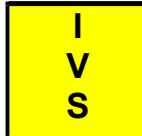
Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) in der Fassung vom 19. Februar 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 58 (S. 1 399) vom 17. April 2009, in Kraft getreten am 18. April 2009, zuletzt geändert am 20. November 2020, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 17.02.2021 B1), in Kraft getreten am 18. Februar 2021.

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 18. März 2021, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 16.06.2021 B2), in Kraft getreten am 17. Juni 2021.

Wittmann, W.W.; Lutz, W.; Steffanowski, A.; Kriz, D.; Glahn, E.M.; Völkle, M.C.; Böhnke, J.R.; Köck, K.; Bittermann, A. & Ruprecht, T. (2011). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse Abschlussbericht. Hamburg: Techniker Krankenkasse.



Bayerische Gesellschaft für Verhaltenstherapie,
Verhaltensmedizin und Sexuologie e.V.
Nettelbeckstr. 14, 90491 Nürnberg
www.ivs-nuernberg.de



Institut für
Verhaltenstherapeutisch fundierte Psychotherapie
Verhaltensmedizin
Systemisch fundierte Psychotherapie
und Sexuologie

staatlich anerkannt und zertifiziert n. ISO 9001:2015

Fort- und Weiterbildungen (mit Fortbildungspunkten d. PtK-BY bzw. BLÄK)

• Gerichtsgutachter/in – Forensische/r Sachverständige/r

Seminare zum Fortbildungscurriculum nach den Richtlinien der Psychotherapeutenkammern (Familien-, Straf-, Sozial-, Zivil- u. Verwaltungsrecht, Glaubhaftigkeit) - Nächste Termine:

Dr. DP Bernd Borchard „Strukt. Risikobeurteilung, Interventionsplanung und FOTRES“ 16./17. Okt. 21 (Fam.-, Strafrecht, SZV) - online

Dr. DP Sandra Loohs „Auftreten des Sachverständigen vor Gericht“ 23./24. Oktober 2021 (Grundlagen, Glaubhaftigkeit, Strafrecht)

DP Jürgen Golombek „Soz.rechtl. Begutachtung: Psych. Gesundheit, Berentung, Behinderungsgrad“ 12./13. Nov. 2021 (SZV) - online

• Verhaltenstherapie Ergänzungsqualifikation für Mediziner und Psychologen (Curr. 136 Std.) nächste Termine:

Dr. Wolfram Dorrman „Suizidprophylaxe: Risikoabschätzung u. Krisenintervention bei akuter Suizidalität“ 15./16. Oktober 2021

• Klinische Hypnose (KliHyp) Fortbildungscurriculum der MEG-Regionalstelle Nürnberg/Fürth (128 FE in 8 Blöcken)

nächster Beginn: **Dr. DP Burkhard Peter** „Einführung in die Hypnose (B1/KE)“ 19./20. November 2021

C-Seminar: **Dr. DP Cornelia Schweizer** „Und trotzdem JA zum Leben sagen. Ankommen und Überleben in Deutschland“ 28./29. Januar 2022 - online

• Supervisor/in (verhaltenstherapeutisch fundiertes Curr.) 80 FE in 5 Blöcken u. 6 Treffen in Kleingruppen á 8 FE – in Planung

• Sexualtherapie / Sexualmedizin (Curr. 156 FE in 10 Blöcken) nächster Termin:

Prof. Dr. Philip Stang u. DP Andreas Rachfahl „Störungen u. Probleme aus d. Spektrum d. Sexualität u. Geschlechtlichkeit in der Therapie von (Kindern), Jugendlichen u. jungen Erwachsenen“ 16./17. Oktober 2021

Neues Curriculum ab 18./19. März 2022 Prof. Dr. Philip Stang u. Dr. DP Miriam Kolter „Einführung i. d. Diagnostik: Sexualanamnese“

• EMDR-Zusatzqualifikation: DP Gertrud Skoupy „Trainingsseminar zur Praxis des EMDR“ 22. Oktober 2021

• Ergänzungsqualifikation VT bei Kindern u. Jugendlichen 200 WE, Curriculum mit z. T. individuell wählbaren Seminarthemen u. -terminen zum Erwerb der Fachkunde für die Abrechnung verhaltenstherapeutisch fundierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

*Laufend neue
Termine*

Neu!

Neu!

Kontakt und Infos: IVS, Rudolf-Breitscheid-Str. 43, 90762 Fürth, Tel.: 0911-975607-201, Fax: -202

Homepage/Online-Anmeldung: www.ivs-nuernberg.de - (hier finden Sie auch Termine für weitere Seminare unserer Fort- u. Weiterbildungen)

Anne Henning, Nicole Helmbold, Franziska Diel

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung – Impulse für eine Neuausrichtung

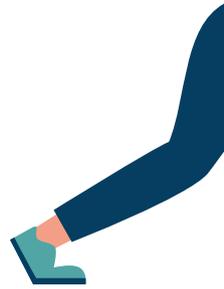
Zum Selbstverständnis aller Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten, Ärztinnen und Ärzte gehört es, Qualität zu sichern und zu fördern, um eine durchgehend hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten. Qualitätssicherung (QS) ist gelebter Alltag in den Praxen und tief im professionellen Selbstverständnis verankert. Bestrebungen des Gesetzgebers, hier regulierend einzugreifen, insbesondere auf dem Gebiet der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (sQS), haben sich allerdings verselbständigt. Aus der sinnvollen Idee, die ambulante und stationäre Versorgung vergleichend zu betrachten, die Schnittstellen zwischen den Sektoren zu optimieren und Behandlungsverläufe über die Sektorengrenzen hinweg abzubilden, wurde ein hyperkomplexes System voller bürokratischer Regularien. Der Aufwand für alle Beteiligten in den Gesundheitseinrichtungen ist enorm. Statt mit passgenauen Verfahren fokussiert Qualität zu fördern und Defizite zu beheben, fällt die sQS zunehmend durch überzogene Anforderungen und kleinsteilige Kontrollen auf, ohne dass bislang ein Nutzen für Patientinnen und Patienten geprüft, geschweige denn belegt ist. Hier bedarf es einer Neuausrichtung für die alten, aber auch die neuen QS-Verfahren, wie das geplante QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie. Dieser Artikel soll Impulse für die Diskussion einer solchen Neuausrichtung liefern.

Der Gesetzgeber schreibt seit Mitte der 90er-Jahre eine externe QS medizinischer Leistungen vor. Bis 2007 erfolgten solche Qualitätsbetrachtungen überwiegend sektorspezifisch, also für den ambulanten und stationären Sektor getrennt. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WStG) wurde erstmals die gesetzliche Grundlage für eine verpflichtende sektorenübergreifende Betrachtung geschaffen.

Seit 2010 gibt es eine entsprechende Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), welche seit dem 1. Januar 2019 den Namen „Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)“ trägt. Bislang liegen unter dem Dach der DeQS-Richtlinie drei Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) mit vertragsärztlicher Beteiligung vor:

- Verfahren 1: „Perkutane Koronarinterventionen (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI)“
- Verfahren 2: „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)“
- Verfahren 3: „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)“

Zwölf weitere QS-Verfahren der DeQS-Richtlinie betreffen derzeit in erster Linie den stationären Sektor. Weitere Verfahren unter Einbeziehung der niedergelassenen Psychotherapeuten- und Ärzteschaft befinden sich aktuell in Entwicklung, hierzu gehören zum Beispiel Verfahren zur ambulanten Psychotherapie, zur Schizophrenie und zum Prostatakarzinom. Mit diesen Entwicklungen hat der G-BA das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt.





Aus der sinnvollen Idee, die ambulante und stationäre Versorgung vergleichend zu betrachten, die Schnittstellen zwischen den Sektoren zu optimieren und Behandlungsverläufe über die Sektorengrenzen hinweg abzubilden, wurde ein hyperkomplexes System voller bürokratischer Regularien.

Diskussion des Ist-Zustands in der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

Nach über zehn Jahren ist es Zeit für ein Resümee. Die Bundesärztekammer (BÄK) hat in ihrem Memorandum „Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement 2020 aus ärztlicher Sicht“ (8) die ausufernde Kontrollbürokratie angeprangert, bei der der Fokus nicht auf dem eigentlichen Ziel der Qualitätsverbesserung liegen würde, sondern vor allem auf dem Wunsch nach externer Kontrolle und damit einhergehender Zentralisierung und Sanktionierung. Das von- und miteinander Lernen sei völlig aus den Augen verloren worden. Die ohnehin knappen personellen Ressourcen in medizinischen Einrichtungen würden überwiegend durch bürokratisch-formalistische Aufgaben gebunden, was in der Konsequenz zu einer Gefährdung der Patientensicherheit beitrage. Gemäß des jährlich durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) veröffentlichten Bürokratieindex verbrachten Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten, Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2020 im Schnitt 61 Arbeitstage rein mit administrativen Tätigkeiten (10). Zu diesen bürokratischen

Aufwänden trägt auch die QS bei. Bereits im Jahr 2012 bemängelte das IGES Institut, dass eine umfassende Aufwand-Nutzen-Analyse der sQS fehle und der Gesamtaufwand der Umsetzung deutlich über den geschätzten Aufwänden zur Bürokratiekostenermittlung des G-BA liege (1). Das IGES Institut stellte fest, dass zur QS-Dokumentation durchschnittlich über 20 Minuten je Patient für die Datenerhebung und -übermittlung benötigt werden. Seither hat sich die Anzahl und die Komplexität der Verfahren weiter erhöht. Doppeldokumentationen verschärfen die Problematik zusätzlich, da viele der Daten aufgrund berufsrechtlicher Anforderungen und anderer normativer Vorgaben bereits an anderer Stelle dokumentiert werden müssen.

Um Dokumentationsaufwände zu reduzieren, braucht es gute Softwareprodukte. Die derzeit verwendeten Softwareprodukte sind jedoch weder geprüft noch zertifiziert, was ein erhebliches Defizit darstellt. Um dennoch sicherzustellen,

QUALITÄTSSICHERUNG

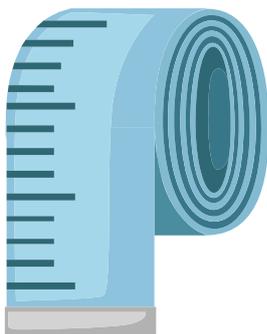
dass die Daten korrekt eingegeben und übermittelt wurden, muss im Nachgang ein hochkomplexes Datenvalidierungsverfahren angewendet werden. Der zusätzliche Aufwand ist immens und vermeidbar. Hier muss umgesteuert werden.

Der hohe Aufwand in der sQS entsteht auch, weil keine strenge Fokussierung auf Qualitätsdefizite vorgenommen wird. Allein im Verfahren zur perkutanen Koronarintervention und Koronarangiographie werden 19 Qualitätsindikatoren auf Basis von Leistungserbringer- und Sozialdaten erhoben, wobei die betroffenen Ärztinnen und Ärzte dafür 70 Datenfelder pro Patient dokumentieren müssen. Hier wird wertvolle Zeit zulasten der Patientenversorgung aufgewendet. Weitere 19 Qualitätsindikatoren sind auf Basis einer Patientenbefragung geplant. Dies wären insgesamt 38 Qualitätsindikatoren bei nur einem Verfahren. Eine strenge Fokussierung auf Qualitätsdefizite lässt sich hier nicht erkennen. Vielmehr findet eine allgemeine Betrachtung dieser medizinischen Intervention statt, sodass eine wenig zielführende Vermischung von QS und Versorgungsforschung entsteht.

Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) weist in ihrem Positionspapier „Qualität und Patientensicherheit“ von 2019 (3) darauf hin, dass vor Einführung von QS-Verfahren immer eine Folgenabschätzung für die Versorgung erfolgen müsse. Zudem seien alle QS-Verfahren

Bis heute fehlen jedoch belastbare Ergebnisse, ob, wie und in welchem Umfang die sQS die Versorgung verbessert.

regelmäßig auf ihre Wirksamkeit und auf unerwünschte Folgen zu überprüfen (Evaluation) und gegebenenfalls anzupassen. Derzeit ist jedoch für alle Verfahren der sQS unklar, wie effektiv die unterschiedlichen Maßnahmen zur Qualitätsförderung sind, da Evaluationen fehlen. Dabei ist es für ein QS-Verfahren von zentraler Bedeutung, den Nutzen im Blick zu behalten, um Dokumentationsaufwände zu beenden, sobald das Verbesserungspotenzial ausgeschöpft oder nicht mehr prioritär ist (4). Bis heute fehlen jedoch belastbare Ergebnisse, ob, wie und in welchem Umfang die sQS die Versorgung verbessert.



Dem Gesetzgeber ist die Gefahr bewusst, durch eine falsch angelegte QS unverhältnismäßige bürokratische Aufwände erzeugen zu können. Daher sieht er QS in Form von Stichprobenerhebungen vor (§ 299 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Die Realität in der Umsetzung weicht jedoch von den gesetzlichen Vorgaben ab. Alle Verfahren der sQS basieren auf Vollerhebungen. Tausende von Datensätzen werden unnötig generiert, häufig manuell. Der bürokratische Aufwand für die Praxen ist hoch. Dass Stichprobenprüfungen jedoch ein zielführendes Instrument sind, beweist die ambulante, sektorspezifische, ärztliche QS der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband (§§ 135, 135b SGB V). Hier konnte gezeigt werden, dass es für die Wirksamkeit eines QS-Verfahrens nachrangig ist, wie viele Ärzte und Ärztinnen in eine Stichprobe einbezogen werden. Im Rahmen der Ultraschallvereinbarung wurde die Stichprobe verdoppelt (von mindestens drei auf mindestens sechs Prozent der entsprechenden Facharztgruppe), ohne dass sich hierdurch ein höherer Anteil an Auffälligkeiten ergab. An diesem Beispiel zeigt sich, dass Vollerhebungen zumeist einen unnötigen bürokratischen Aufwand darstellen.

In ihrer „Agenda Mundgesundheit 2021 - 2025“ hinterfragt die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), warum alle bisherigen Verfahren der sQS ohne Erprobung bundesweit ausgerollt worden sind (7), obwohl auch internationale Erfahrungen zeigen, dass eine schrittweise Implementierung (zum Beispiel von freiwillig zu verpflichtend) hilft, um ein Verfahren ohne Reibungs- und Akzeptanzverluste bei den Beteiligten einzuführen (2). Ein Start ohne Testphase kann hingegen zu zahlreichen Problemen führen, wie das QS-Verfahren zu postoperativen Wundinfektionen zeigt. Das IQTIG selbst musste die Aussetzung dieses Verfahrens empfehlen, um ausreichend Zeit für eine grundlegende Überarbeitung zu haben (11). Diese Überarbeitung findet aktuell statt und ist zwingend geboten, da sich bereits deutliche Akzeptanzverluste bei den betroffenen Ärztinnen und Ärzten zeigten.

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung neu denken

Als Trägerorganisation des G-BA sieht sich die KBV in der Verantwortung, auf Verbesserungspotenziale hinzuweisen (siehe Abbildung 1). Aber nicht nur die KBV fordert ein Umdenken in der sQS (6). Auch die BÄK, die DKG, die KZBV und der Deutsche Psychotherapeutentag sehen eine Neuausrichtung der sQS als zwingend erforderlich an (3,7,8,9). Das Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement (KCQ) und der GKV-Spitzenverband weisen ebenfalls daraufhin, dass QS handlungsrelevant sein müsse und es noch einer erheblichen Forschung und Entwicklung bedürfe (5).

Das wichtigste Ziel ist, den bürokratischen Aufwand, der durch eine Dokumentation speziell für QS-Verfahren anfällt, deutlich zu reduzieren. Die QS darf nicht zulasten der Zeit für die Patientenversorgung gehen. Patientinnen und Patienten müssen wieder im Mittelpunkt stehen dürfen (3,6,8). Es muss gelingen, die Versorgungsqualität anhand weniger Indikatoren und mit aufwandsarmen Methoden transparent zu machen (3). Fünf bis sechs Qualitätsindikatoren pro Verfahren sollten dafür ausreichen. Somit würden auch die Dokumentationsaufwände sinken.

Die Verantwortung, gute Softwareprodukte zu identifizieren und sicherzustellen, darf nicht auf die Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten, Ärztinnen und Ärzte abgewälzt werden. Bevor die Softwareprodukte in den Praxen zum Einsatz kommen, muss zukünftig geprüft werden, ob die Spezifikationen von den Softwareherstellern richtig umgesetzt worden sind, damit die geforderten QS-Daten richtig und pünktlich übermittelt werden können. Diese Aufgabe kann nur das IQTIG übernehmen, welches die Spezifikationen erstellt. Unnötige Aufwände zur Datenvalidierung müssen zukünftig durch vom IQTIG zertifizierte Software verhindert werden.

Auch die Rückbesinnung auf Stichprobenerhebungen anstelle der in der sQS praktizierten Vollerhebungen würden zu einer Reduktion der Dokumentationsaufwände in den Praxen führen. Ein solches Vorgehen ist gerechtfertigt, da Vollerhebungen nachweislich nicht zu mehr Transparenz in der Versorgung führen. Der gesetzlichen Vorgabe zur Stichprobenerhebung in der QS muss zukünftig auch in der sQS gefolgt werden.

Die sQS muss sich auf ihr eigentliches Potenzial besinnen, Qualität zu fördern. Die zunehmende Ausrichtung auf sanktionierende Maßnahmen steht im Widerspruch zu einer Kultur des motivierten Lernens und Weiterentwickelns. Sanktionen können immer nur das letzte Mittel sein (3,6,8). Das Bündel an möglichen fördernden und unterstützenden Maßnahmen, von Supervision über Qualitätszirkel bis Peer-Review, muss genutzt und der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz beachtet werden (3). Es gilt, die intrinsische Motivation der Psychotherapeuten und Ärzteschaft zu wahren und zu fördern. Das interne Qualitätsmanagement der Praxen muss wieder gestärkt und in den Mittelpunkt gerückt werden.

Es dürfen zukünftig nur QS-Verfahren zum Einsatz kommen, die ein hohes Potenzial zur Qualitätsverbesserung haben und die vor dem Ausrollen eine Erprobungsphase durchlaufen haben (8). Zugleich müssen angelaufene Maßnahmen immer wieder überdacht, bei Bedarf zielführend reduziert oder auch beendet werden (3). Der nachweisliche Nutzen muss den hohen Aufwand rechtfertigen. Evaluationen müssen deshalb zeitnah und begleitend stattfinden, um unwirksame Verfahren weiterzuentwickeln oder zu beenden. Auch Teil-Evaluationen sollten dabei in Betracht gezogen werden, um flexibler und schneller Ergebnisse zu erhalten und Entscheidungen treffen zu können. Der § 136d SGB V muss daher klarer gefasst und konsequent angewendet werden.

Impulse für eine Neuausrichtung

1. Qualitätssicherung justieren
2. Dokumentationsaufwand verringern und Zeit für Patientenversorgung gewinnen
3. Qualitätsindikatoren reduzieren – weniger ist mehr
4. Nutzen im Blick behalten und Verfahren evaluieren
5. Stichproben statt Vollerhebung
6. Qualitätssicherung darf nicht starr und unflexibel sein
7. Nur erprobte QS-Verfahren ausrollen
8. Qualitätssicherung braucht zertifizierte Software
9. Qualität fördern statt zu sanktionieren
10. Internes Qualitätsmanagement und Qualitätszirkel stärken

Die sQS muss sich auf ihr eigentliches Potenzial besinnen, Qualität zu fördern. Die zunehmende Ausrichtung auf sanktionierende Maßnahmen steht im Widerspruch zu einer Kultur des motivierten Lernens und Weiterentwickelns.

Abb. 1: Verbesserungspotenziale

Fazit

Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten, Ärztinnen und Ärzte werden durch die Verbesserung der Behandlungsqualität für ihre Patientinnen und Patienten motiviert. Sie begrüßen eine QS, die diesen Namen verdient. Verbergen sich jedoch hinter Maßnahmen, die mit QS etikettiert sind, Bürokratie, Zentralisierung oder gar eine Instrumentalisierung für andere gesundheitspolitische Ziele, geht dies zulasten der Akzeptanz. Mehr noch: Es führt auf lange Sicht zu einem Verlust an Glaubwürdigkeit der befassten Institutionen sowie der QS selbst. Eine Neuausrichtung der sQS ist daher dringend erforderlich. Es gilt durch eine aufwandsarme und zielgerichtete Vorgehensweise, Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten, Ärztinnen und Ärzte in ihrer intrinsischen Motivation zu stärken, das interne Qualitätsmanagement der Praxen zu unterstützen und so die Qualität zu fördern.

Es gilt durch eine aufwandsarme und zielgerichtete Vorgehensweise, Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten, Ärztinnen und Ärzte in ihrer intrinsischen Motivation zu stärken, das interne Qualitätsmanagement der Praxen zu unterstützen und so die Qualität zu fördern.



Kontakt für Rückfragen

Anne Henning
Psychologin (M. Sc.)
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Dezernat Versorgungsqualität
AHenning@KBV.de



KBV-Stellungnahme „Sektorenübergreifende Qualitätssicherung: Qualitätssicherung zukunftsfähig machen“: <https://tinyurl.com/kbv-sQS>

Literaturverzeichnis

- Albrecht, M., Deckenbach, B., Loos, S., & Otten, M. (2012). Machbarkeitsanalyse zur Implementierung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Cashin, C., Chi, YL., Smith, P., Borowitz, M., Thomson, S. Paying for Performance in Health Care. Implications for health system performance and accountability.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2019). Qualität und Patientensicherheit. Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft.
- Diel, F. (2015). Qualitätsförderung und Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung. Gesundheits- und Sozialpolitik, S. 34-40.
- Döbler, K., & Follert, P. (2021). Stand und Perspektiven einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. Krankenhaus-Report 2021. Berlin: Springer.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016). Positionen zur ambulanten Versorgungsqualität.
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2021). Agenda Mundgesundheit 2021–2025.
- Memorandum der Bundesärztekammer vom 21.08.2020, „Qualitätssicherung/ Qualitätsmanagement 2020 aus ärztlicher Sicht – Mehrwert für die Patientenversorgung“.
- Resolution des 35. Deutschen Psychotherapeutentags vom 16.11.2019, „Für den Erhalt des sicheren Rahmens der ambulanten Psychotherapie – gegen Eingriffe in die psychotherapeutische Behandlungshöhe“.
- Wittberg, V., Kluge, H.-G., Rottmann, H., Goldmann, E. (2020). BIX 2020. Der Bürokratieindex für die vertragsärztliche Versorgung. Belastung transparent machen, Bürokratie abbauen. Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Tragende Gründe zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Änderung des Verfahrens 2 (QS WL): Änderungen in § 20 (Aussetzung), Anlage I sowie Anlage II (einrichtungsbezogene QS-Dokumentation zum Erfassungsjahr 2021) vom 17. Dezember 2020, S. 2.



SEKTORENÜBERGREIFENDE QUALITÄTSSICHERUNG: QUALITÄT FÖRDERN – NICHT DIE BÜROKRATIE

Viele medizinische Leistungen werden heute sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor durchgeführt. Für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung (sQS) gibt es seit 2010 eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Bislang liegen drei sQS-Verfahren mit vertragsärztlicher Beteiligung vor:

- perkutane Koronarintervention/-angiographie
- Vermeidung postoperativer Wundinfektionen
- Nierenersatztherapie

Ziel ist eine gleich hohe Qualität in beiden Versorgungsbereichen. Aus der grundsätzlich guten Idee ist mittlerweile ein hyperkomplexes System voller bürokratischer Regularien entstanden, das für alle Beteiligten in den Gesundheitseinrichtungen mit enormem Aufwand verbunden ist. Statt mit passgenauen Verfahren fokussiert Defizite zu beheben, fällt die sQS zunehmend durch überzogene Anforderungen und kleinstteilige Kontrollen auf. Ärztinnen und Ärzte sind teilweise länger mit zusätzlichen Dokumentationen beschäftigt als mit der eigentlichen Behandlung. Und das alles, ohne dass bislang ein Nutzen für Patientinnen und Patienten geprüft, geschweige denn belegt ist. Qualitätssicherung ist für Ärzte und Psychotherapeuten etwas Selbstverständliches und gelebte Praxis. Sie muss jedoch gut gemacht sein.

DIE 5 WICHTIGSTEN IMPULSE FÜR EINE NEUAUSRICHTUNG

➤ DOKUMENTATIONSAUFWAND VERRINGERN UND ZEIT FÜR PATIENTENVERSORGUNG GEWINNEN

Der zusätzliche Aufwand, der für die Dokumentation zur sQS anfällt, ist zu hoch und muss auf ein vertretbares Maß reduziert werden, damit nicht aus Zeitmangel die Patientenversorgung gefährdet ist. Ärzte und Psychotherapeuten sollen nur das dokumentieren müssen, was hilft, die Qualität zu verbessern. Die Patienten müssen wieder im Mittelpunkt stehen dürfen.

➤ QUALITÄTSINDIKATOREN REDUZIEREN – WENIGER IST MEHR

Ziel muss es sein, die Versorgungsqualität anhand weniger Indikatoren und mit aufwandsarmen Methoden transparent zu machen. Fünf bis sechs Qualitätsindikatoren pro Verfahren sollten dafür ausreichen. Somit sinken auch die Dokumentationsaufwände.

➤ STICHPROBEN STATT VOLLERHEBUNG

Per Gesetzgebung sind für die Qualitätssicherung Stichprobenerhebungen vorgesehen. Vollerhebungen führen nicht zwangsläufig zu mehr Transparenz in der Versorgung. Die Realität ist allerdings eine andere: Alle Verfahren der sQS basieren auf Vollerhebungen. Tausende von Datensätzen werden unnötig generiert, häufig manuell. Die bürokratischen Aufwände werden hierdurch immer höher. Eine Rückbesinnung auf die grundsätzlich vorgesehenen Stichproben ist dringend geboten.

➤ NUTZEN IM BLICK BEHALTEN UND VERFAHREN EVALUIEREN

Es dürfen nur Qualitätssicherungsverfahren zum Einsatz kommen, die ein hohes Potential zur Qualitätsverbesserung haben. Zugleich müssen angelaufene Maßnahmen immer wieder überdacht, bei Bedarf zielführend reduziert oder auch beendet werden. Dies alles passiert bislang nicht. Es mangelt an Evaluation und dem Willen zu aufwandsarmen Verfahren. Das kann so nicht bleiben: Der nachweisliche Nutzen muss den hohen Aufwand rechtfertigen. Der Paragraph 136d SGB V muss daher klarer gefasst und konsequent angewendet werden.

➤ QUALITÄT FÖRDERN STATT ZU SANKTIONIEREN

Die sQS muss sich auf ihr eigentliches Potential fokussieren, Qualität zu fördern. Die zunehmende Ausrichtung auf sanktionierende Maßnahmen steht im Widerspruch zu einer Kultur des motivierten Lernens und Weiterentwickelns. Sanktionen können immer nur das letzte Mittel sein. Das Bündel an möglichen fördernden und unterstützenden Maßnahmen, von Qualitätszirkel bis Peer-Review, muss wieder mehr genutzt werden. Es gilt, die intrinsische Motivation der Ärzte und Psychotherapeuten zu wahren und zu fördern.

MEHR INFORMATIONEN:
www.kbv.de/html/sqs.php

Markus Plantholz

Was hat Qualitätssicherung mit dem Antrags- und Gutachterverfahren zu tun?

Einführung eines Qualitätssicherungsverfahrens, Abschaffung des Gutachterverfahrens und Ersatzinstrumente: ein Blick auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Nach § 136a Abs. 2a beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bis spätestens zum 31. Dezember 2022 in einer Richtlinie 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. Die möglichen Maßnahmen der Qualitätssicherung sind Gegenstand dieses Heftes. Gegenstand dieses Beitrags ist jedoch der Zusammenhang zum Antrags- und Gutachterverfahren. Gemäß § 92 Abs. 6a Satz 1 SGB V ist in den Psychotherapie-Richtlinien (PTh-RI) auch das Antrags- und Gutachterverfahren zu regeln. Der G-BA hat dabei bekanntlich das schon seit 1967 etablierte und von ihm bei Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1998 vorgefundene Gutachterverfahren (GAV) übernommen und normiert. Nun hat der Gesetzgeber im Zuge der Reform der Psychotherapieausbildung in § 92 Abs. 6a Satz 6 SGB V ergänzend geregelt, dass der G-BA „sämtliche Regelungen zum Antrag- und Gutachterverfahren aufzuheben“ hat, „sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Abs. 2a eingeführt hat.

Diese Synchronizität zwischen dem Inkrafttreten eines QS-Verfahrens einerseits und der Abschaffung des Antrags- und Gutachterverfahrens auf der anderen Seite leuchtet allenfalls auf den ersten Blick ein. Sicher: Die Notwendigkeit des Berichts an den Gutachter wurde immer mit der Sicherung der Qualität (und andererseits auch mit dem Schutz der Solidargemeinschaft vor unwirtschaftlichen Therapien) begründet. Und mag der Aufwand für den Bericht auch vielfach beklagt und die konkrete Ausgestaltung kritisch betrachtet worden sein, so führt er doch jedenfalls zu einer intensiven Befassung mit der Therapiekonzeption vor Beginn der Therapie und trägt insoweit auch zu deren Qualität bei. Unklar ist, ob QS-Instrumente nach § 136a Abs. 2a das Antrags- und Gutachterverfahren vollständig ersetzen sollten. Vorrangige Aufgabe des Antrags- und Gutachterverfahrens ist die Überprüfung der Indikation einer einzelnen Psychotherapie, wie sich auch aus § 34 Abs. 1 Sätze 2 und 3 PTh-RI ergibt. Indem – heute nur noch für die Langzeittherapie beziehungsweise bei Umwandlung einer Kurzzeit- in eine Langzeittherapie – neben den Angaben zu Diagnose, Indikation, Art, Umfang, Frequenz und Prognose der geplanten Therapie – auch ein fallbezogener Behandlungsplan enthalten sein soll, wird auch die Wirtschaftlichkeit der beabsichtigten Therapie ex ante vor deren Beginn beleuchtet. Das Antrags- und Gutachterverfahren dient aber nicht der Beurteilung der Qualität der Therapie durch Psychotherapeut*innen und zielt naturgemäß auch nicht

Das Antrags- und Gutachterverfahren dient aber nicht der Beurteilung der Qualität der Therapie durch Psychotherapeut*innen und zielt naturgemäß auch nicht auf deren Ergebnisqualität.



QUALITÄTSSICHERUNG

auf deren Ergebnisqualität. Ziel der Richtlinie des G-BA zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) vom 19. Juli 2018 ist es hingegen, unter anderem die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität laufender Therapien zu verbessern, valide und vergleichbare Erkenntnisse über die Versorgungsqualität der Leistungserbringer*innen zu gewinnen und ein einrichtungsinternes QM zu unterstützen; über allem steht der hehre Wunsch nach Stärkung der Selbstbestimmung der Patient*innen bei der freien Wahl unter zugelassenen Leistungserbringern*innen. In den Rahmenbestimmungen der DeQS-RL geht es entsprechend um die Grundlagen und das Verfahren zur Messung von Versorgungsqualität durch Datenerhebung und Datenverarbeitung mit dem Ziel einer vergleichenden Betrachtung von Leistungserbringern*innen. Damit geht es aber eben nicht wie im Antrags- und Gutachterverfahren um die Indikation oder Wirtschaftlichkeit einer einzelnen Therapie. Ausdruck dessen ist auch der Zwischenbericht des IQTIG zum Qualitätsmodell vom 28. Februar 2019 (vgl. <https://tinyurl.com/revzmf2p>). Der Bericht stellt in klaren Worten fest: „Ein Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Indikationsstellung zur ambulan-

ten 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.“ (a.a.O., S. 57).

Wie der Gesetzgeber den Zusammenhang zwischen der Einführung des QS-Verfahrens und der Abschaffung des Antrags- und Gutachterverfahrens versteht, wird durch die Gesetzesbegründung nicht klarer. Die Regelung des § 92a Abs. 6 Satz 6 SGB V wurde ohne weitere Möglichkeit der Stellungnahme der BPTK oder der Verbände kurz vor der 2./3. Lesung des Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung durch den Gesundheitsausschuss eingebracht; die Begründung erschöpft sich in der lapidaren Wiederholung des Gesetzestextes und ist also keine wirkliche (vgl. Bundestags-Drucksache 19/13585, S. 85).

Wie der Gesetzgeber den Zusammenhang zwischen der Einführung des QS-Verfahrens und der Abschaffung des Antrags- und Gutachterverfahrens versteht, wird durch die Gesetzesbegründung nicht klarer.

Auswirkungen der Abschaffung des GAV, insbesondere auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung

Um die Funktionsfähigkeit der GKV als Solidargemeinschaft zu gewährleisten, regeln unter anderem § 12 und § 70 SGB V ein Wirtschaftlichkeitsgebot für Leistungen, die als Sachleistungen der gesetzlichen Krankenkassen erbracht und abgerechnet werden. Vertragspsychotherapeut*innen sind bei psychotherapeutischen Leistungen (und ebenso bei Verordnungen) wie alle anderen Leistungserbringer*innen auch an dieses Wirtschaftlichkeitsgebot gebunden. Die Leistungen (auch der vertragspsychotherapeutischen Versorgung) müssen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Das SGB V verschafft den Versicherten einen individuellen Anspruch auf Gesundheitsversorgung unter Beachtung des medizinisch-technischen Standes der Wissenschaft, begrenzt aber zugleich die Leistungen auf das wirtschaftlich Notwendige. Wiewohl es natürlich abstrakte Definitionen für die Begriffe „zweckmäßig“, „wirtschaftlich“ oder „ausreichend“ gibt, handelt es sich doch um unbestimmte Rechtsbegriffe. In der vertragsärztlichen Versorgung gilt grundsätzlich das Konzept der unmittelbaren Inanspruchnahme; der Behandlungsfall kommt durch Einlesen der Chipkarte (§ 15 Abs. 2 SGB V) zustande und die Vertragsärzt*innen beurteilen innerhalb ihres Zulassungsstatus und etwa notwendiger Abrechnungsgenehmigungen nach den Vereinbarungen gem. § 135 Abs. 2 SGB V (wie der PTh-V) selbst, welche Leistungen sie unter Beachtung des medizinischen Standes der Wissenschaft einerseits und des Wirtschaftlichkeitsgebots andererseits auf Rechnung der KV erbringen wollen. Deshalb findet ex post eine Wirtschaftlichkeitskontrolle durch Wirtschaftlichkeitsprüfungen der KVen und Krankenkassen statt, deren Grundsätze §§ 106 - 106c SGB V regeln. Die Grundzüge zum Inhalt und zur Durchführung der Beratungen und Prüfungen sind regional zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen zu vereinbaren (sogenannte Prüfvereinbarungen).



§ 106a Abs. 1 SGB V beschränkt den Anwendungsbereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung – der universellen Geltung des Wirtschaftlichkeitsgebots und dem Konzept der unmittelbaren Inanspruchnahme entsprechend – nicht auf bestimmte vertragsärztliche oder vertragspsychotherapeutische Leistungen. Aber nach dem bisherigen Stand des Gesetzes werden Leistungen, die vorweg genehmigt werden müssen, also nicht durch unmittelbare Inanspruchnahme gewährt werden, sondern nur auf Antrag, von der Prüfung der Wirtschaftlichkeit ausgeklammert. Der „basale“ Grund dafür ist, dass die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots für die beabsichtigte Richtlinienpsychotherapie bereits im Genehmigungsverfahren zu prüfen ist, sodass der Einwand der Unwirtschaftlichkeit „verbraucht“ ist und denkbare Einwendungen nicht geltend gemacht werden kann, wenn das Therapieziel nicht vor Ausschöpfung des genehmigten Kontingents erreicht ist oder feststeht, dass es auch durch Ausschöpfung nicht mehr erreicht werden kann. Zum Verständnis: Schon heute heißt dies nicht, dass alle vertragspsychotherapeutischen Leistungen von der Wirtschaftlichkeitsprüfung ausgenommen sind. Deshalb sei ein Exkurs zum Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung erlaubt:

Bis 2016 waren grundsätzlich zwei Arten der Wirtschaftlichkeitsprüfung durchzuführen: Die Richtgrößen- beziehungsweise Auffälligkeitsprüfung und die Zufallsprüfung. Die Richtgrößen- beziehungsweise Auffälligkeitsprüfung wurde im Einzelfall durchgeführt, wenn das Abrechnungs- beziehungsweise Ordnungsverhalten im Verhältnis zu einer vereinbarten Richtgröße eine auffällige Überschreitung zeigte (Richtgrößenprüfung). Die Zufälligkeitsprüfung fand als Einzelfallprüfung nach Auswahl durch den Zufallsgenerator (Stichprobenziehung von mindestens 2 % der Vertragsärzt*innen und Vertragspsychotherapeut*innen je Quartal) statt. Dabei wurde die gesamte Abrechnung der jeweiligen Leistungserbringer*innen in der Stichprobe auf

Wirtschaftlichkeit hin überprüft. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurde ab dem 1. Januar 2017 die bis dahin als Regelprüfmethode vorgesehene Richtgrößenprüfung abgelöst. Durch das Terminalservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hat der Gesetzgeber anschließend die Wirtschaftlichkeitsprüfung vertragspsychotherapeutischer und -ärztlicher Leistungen so ausgestaltet, dass die von Amts wegen vorgesehene Zufälligkeitsprüfung abgeschafft und durch eine Prüfung im Einzelfall auf begründeten Antrag ersetzt wurde (anlassbezogene Auffälligkeitsprüfung), weil der Aufwand der Zufälligkeitsprüfung außer Verhältnis zu ihrem Nutzen stand.

Das TSVG hat die Stellung der Vertragsärzt*innen und -psychotherapeut*innen insofern deutlich verbessert, als die Ausschlussfristen für Regresse aufgrund von Wirtschaftlichkeitsprüfungen von vier Jahren auf zwei Jahre (ab Erlass des jeweiligen Honorarbescheids) verkürzt wurde (§ 106 Abs. 3 Satz 3 SGB V). Das Bundessozialgericht hat hierzu bereits entschieden, dass die kürzere Ausschlussfrist allerdings nur für Honorarbescheide gilt, die nach Inkrafttreten des TSVG am 11. Mai 2019 erlassen wurden (Urteil vom 15. Mai 2019, Az. B 6 KA 63/17 R, Rn. 34). Wie bisher gilt außerdem, dass die durch einen entsprechenden Antrag auf Einleitung des Prüfverfahrens gehemmt wird, sodass gegenwärtig alleine maßgeblich ist, ob der Antrag gestellt und die Vertragspsychotherapeut*in von dem Antrag innerhalb der Ausschlussfrist in Kenntnis gesetzt wurde.

Grundsätzlich reicht es alleine nicht mehr aus, dass sich ein Prüfantrag auf die statistische Abweichung der Abrechnungshäufigkeit von EBM-Ziffern gegenüber dem Fachgruppenschlüsselstützt, sondern der Antrag muss den ausreichenden Verdacht auf unwirtschaftliches Leistungsverhalten begründen. Dieser kann bei Hinweisen auf die fehlende medizinische

Notwendigkeit von Leistungen, auf fehlende Eignung der Leistungen zur Erreichung des Therapieziels, mangelhafte Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung oder auf Unangemessenheit der Behandlungskosten zur Erreichung des Therapieziels bestehen (vgl. § 106a Abs. 2 SGB V). Die Vertragspartner der Prüfvereinbarung können aber darüber hinaus Prüfungen ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten vereinbaren, es sei denn, die Zulassung besteht für ein Gebiet, für das der Landesausschuss nach § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V Unterversorgung, drohende Unterversorgung oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat.

Unter dem Regime des Antrags- und Gutachterverfahrens und auf der Grundlage der heutigen PTh-RI sind vor allem Prüfgegenstände denkbar, die sich auf die Ziffern 35151 (Psychotherapeutische Sprechstunde) beziehungsweise 35152 (Psychotherapeutische Akutbehandlung) sowie 22330 (Psychotherapeutisches Gespräch) beziehen, etwa wenn

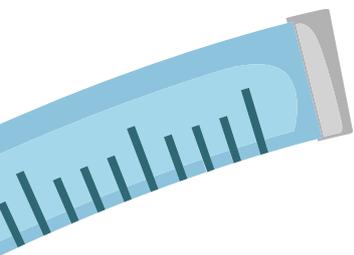
- sich die Praxistätigkeit ohne schlüssige Erklärung auf Akutbehandlungen konzentriert, aber kaum KZT oder LZT durchgeführt wird,
- nach einer Psychotherapeutischen Sprechstunde grundsätzlich eine Akutbehandlung durchgeführt wird,
- die Akutbehandlung nach Ausschöpfung des Kontingents der Richtlinienpsychotherapie nach § 15 PTh-RI künstlich zur Verlängerung der Therapie genutzt wird.

Häufiger schon hat das Prüfungsgremium sich mit der Behandlung mit der Ziffer 23220 befasst. Alleine die Überschreitung der Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe bei der Abrechnungshäufigkeit dieser Ziffer und damit die statistische Auffälligkeit wird auch hier typischerweise keine Aussagekraft entfalten (SG Marburg, Urteil vom 30.10.2019 – S 17 KA 47/16). Zu Regressen kann es aber führen, wenn die GOP 23220 zur Streckung von Therapiekontingenten genutzt wird, wobei die GOP niederfrequent natürlich dennoch nach beendeter KZT oder LZT zur Stabilisierung des Therapieergebnisses eingesetzt werden darf (SG Marburg a.a.O.).

Ersatz des Gutachterverfahrens mit Blick auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung

Fraglich ist nun also, ob die in § 92 Abs. 6 Satz 6 SGB V vorgesehene Abschaffung des Antrags- und Gutachterverfahrens zur Folge hätte, dass auch die bisher noch antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Verdacht auf Fehlindikationen, fehlender Eignung zur Erreichung des Therapieziels oder Unangemessenheit des in Anspruch genommenen Kontingents unterzogen werden können. Umgekehrt stellt sich die Frage, durch welche Instrumente das bisherige Verfahren so ersetzt werden könnte, dass die Wirtschaftlichkeit von KZT und LZT auch weiterhin geprüft oder zumindest vermutet wird. Dazu ist zunächst einmal klarzustellen, dass es nicht das Gutachterverfahren ist, das vor einer ex-post-Prüfung der Wirtschaftlichkeit dieser Leistungen schützt. Entscheidend ist vielmehr, dass es derzeit eines Leistungsantrags und damit eines vor der Leistungserbringung erfolgenden Genehmigungsverfahrens bedarf. Das ist sonst in der GKV für Verordnungen über Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege, Soziotherapie, Spezialisierte ambulante Palliativversorgung und so weiter der Fall, aber eben nicht für vertragsärztliche Leistungen. In solchen Fällen dient das Genehmigungsverfahren dazu, vorab die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zu überprüfen.

Das Gutachterverfahren ist hierbei Mittel zum Zweck, aber nur eine von mehreren Möglichkeiten. Ein vorab erfolgreiches Genehmigungsverfahren würde für sich besehen aber nicht zu einer vollständigen Vorabprüfung der Wirtschaftlichkeit der beantragten Leistungen führen, wenn es sich nicht – unter Wahrung des mit der Therapiefreiheit eingehenden Beurteilungsspielraums einer Vertragspsychotherapeut*in – auch mit der Notwendigkeit und Angemessenheit der beabsichtigten Therapie aus fachlicher Sicht befasste. Sachbearbeiter*innen der Krankenkassen fehlt die hierfür notwendige psychotherapeutische Ausbildung. Weil sie den Lebenssachverhalt nicht aus medizinischer Sicht auf Plausibilität hin überprüfen können, sieht § 275 Abs. 1 SGB V bei Ver-



Dr. Markus Plantholz

Justiziar der DPtV, seit 1996 Rechtsanwalt in der Kanzlei DORNHEIM Rechtsanwälte & Steuerberater, Fachanwalt für Medizinrecht und ausschließlich mit dem Recht der Leistungserbringer im Gesundheitswesen befasst, er ist Mitherausgeber und Autor vieler Publikationen im Gesundheitsrecht.



ordnungsleistungen („wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist“) die Vorlage an den Medizinischen Dienst zur Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme vor. Die Prüfreichweite der Krankenkasse selbst konzentriert sich hingegen auf die Einhaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen und das Bestehen eines Versicherungsverhältnisses. Entscheidend für den vollständigen Fortfall der Prüfung der Wirtschaftlichkeit ist also, ob für eine Leistung ein Genehmigungsverfahren und in dessen Rahmen die Möglichkeit einer medizinischen Plausibilitätskontrolle durch dafür geeignete Personen besteht. Dies gilt auch dann, wenn tatsächlich dann nur stichprobenhaft entsprechende fachliche Vorabprüfungen durchgeführt werden.

Deutlich wird dies anhand der KZT, für die nach § 34 Abs. 1 PTh-RI zwar eine Antragspflicht, aber keine Pflicht zum Bericht an den Gutachter besteht; zu dem Antrag haben aber die Psychotherapeut*innen vor Beginn der Behandlung die Diagnose mitzuteilen, die Indikation zu begründen und den Art und Umfang der geplanten Therapie zu beschreiben, sodass die Indikation und die Angemessenheit der voraussichtlich entstehenden Behandlungskosten im Vorwege geprüft werden können. Die KZT bleibt auch nach der vollständigen Befreiung von der Berichtspflicht an den Gutachter eine nach der derzeitigen Rechtslage von der Wirtschaftlichkeitsprüfung verschonte Leistung.

Einem Genehmigungsverfahren käme es gleich, wenn es eine Anzeigeverpflichtung der beabsichtigten Richtlinien-therapie rechtzeitig vor Leistungsbeginn – ausgenommen unaufschiebbare Fälle, in denen zum Beispiel akut eine Chronifizierung droht – mit der Möglichkeit einer Remonstration der Krankenkasse gäbe, wenn damit verbunden wäre, dass in Zweifelsfällen eine fachlich-neutrale Überprüfung der Notwendigkeit der Therapie vor Beginn erfolgt.

CGM SOUL

Informationssystem für Psychotherapeuten



CGM SOUL.
**EINFACH
MEHR
SEHEN.**

Unsere moderne Praxissoftware CGM SOUL wurde in enger Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen entwickelt, um Ihre psychotherapeutische Praxis optimal zu unterstützen.

Profitieren Sie bei der Behandlung Ihrer gesetzlich versicherten Patient*innen von der intelligenten Unterstützung des gesamten Psychotherapieverfahrens, sowie der übersichtlichen Darstellung und automatischen Aktualisierung aller Therapiedaten.

Informieren Sie sich über die vielfältigen Funktionen von CGM SOUL auf cgm.com/soul

CGMCOM-11999_SOUL_0821_SW1



Jetzt **30 Tage**
kostenlos testen:
cgm.com/soul-demo



**CompuGroup
Medical**

Kurz gemeldet ...

Neue Gruppenangebote in der ambulanten Psychotherapie

Neu ab 1. Oktober 2021 ist die gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung – also gruppenpsychotherapeutische Behandlungen mit drei bis neun Teilnehmer*innen zur Vorbereitung auf eine Gruppenpsychotherapie und zur ersten Symptomlinderung. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär über die neuen Gebührenordnungspositionen (GOP) 35173 bis 35179 im EBM. Außerdem können probatorische Sitzungen im Gruppensetting durchgeführt und über die neuen GOP 35163 bis 35169 abgerechnet werden.

<https://tinyurl.com/2j5exjkm>

Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen – Zulassung wird geprüft

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) veranlasste die Prüfung der Systemischen Therapie für Kinder und Jugendliche als anerkannte Leistung der gesetzlichen Krankenkassen. Am 19. August 2021 leitete er das dafür erforderliche Bewertungsverfahren ein. Bisher ist die Systemische Therapie nur für die Behandlung von Erwachsenen zugelassen.

<https://tinyurl.com/4mx3bj3b>

Entlastungsassistenz bei der Kindererziehung bis zum 18. Lebensjahr möglich

In einer Entscheidung zur Entlastungsassistenz stellte das Bundessozialgericht (B 6 KA 15/20) am 14. Juli 2021 fest, dass „Kinder“ nicht nur Menschen bis 14 Jahren, sondern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sind. Dies ist vor dem Hintergrund, dass die meisten KVen bei der Genehmigung der Entlastungsassistenz bei Kindern ein Alter bis 14 Jahre voraussetzen, eine erfreuliche Klarstellung.

<https://tinyurl.com/kbm5z4zk>

Komplexversorgung ein wichtiger Schritt, aber Hürden bleiben

DPTV kritisiert Beschränkungen und fordert BMG zu Nachbesserungen auf

„Wir begrüßen, dass es nach langwierigen Beratungen und Kompromissfindungen gelungen ist, die Erstfassung einer Richtlinie der strukturierten Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Patient*innen zu verabschieden“, kommentiert DPTV-Bundesvorsitzender Gebhard Hentschel die Entscheidung des G-BA zur Komplexversorgung. „In regionalen Netzstrukturen können demnächst Psychotherapeut*innen und Fachärzt*innen der Psychiatrie oder Psychosomatik abgestimmt Patient*innen mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf versorgen. Psychotherapeut*innen führen den Erstkontakt, Diagnose und Indikationsstellung durch, erstellen den Gesamtbehandlungsplan und begleiten Patient*innen durch die berufsgruppenübergreifende Versorgung.“ Weitere mit dem Netz kooperierende Gesundheitsberufe, Ergotherapeut*innen, Sozialtherapeut*innen, häuslich psychiatrische Krankenpflege sowie gegebenenfalls eine stationär psychiatrische Klinik würden ebenfalls einbezogen.

Nachbesserungen nötig

„Allerdings sind erhebliche Hürden geschaffen worden, die den psychisch belasteten Patient*innen regelhaft aufwändige Doppeluntersuchungen zumuten. Die verpflichtende und gegebenenfalls redundante Einholung einer somatischen Abklärung über die Netzärzte lehnen wir ab“, sagt Psychotherapeut Hentschel. Dies sei ein Umweg. Patient*innen hätten meist Befunde aus ihrer oft langen Behandlungshistorie und nähmen bereits ärztliche Versorgung außerhalb zukünftiger Netzstrukturen wahr. Die Einbeziehung dieser Befunde in einen Gesamtbehandlungsplan sei in der Regelversorgung bei Psychotherapeut*innen längst gängige Praxis und sollte auch hier unmittelbar ermöglicht werden. Außerdem stelle es für schwer kranke Patient*innen eine Belastung dar, sich für die somatische Abklärung zusätzlichen Behandelnden anzuvertrauen. Die DPTV fordert das Bundesministerium für Gesundheit auf, den G-BA zu Nachbesserungen zu verpflichten.

Engpass Psychiater*innen-Mangel

„Wir kritisieren auch, dass sich nur Praxen mit einem vollen Versorgungsauftrag beteiligen können. Wir benötigen alle zur Verfügung stehenden vertragspsychotherapeutischen Kapazitäten – insbesondere in ländlichen Räumen – um die Versorgung sicherzustellen. Die Begrenzung auf bestimmte Praxiskonstellationen ist fachlich nicht nachvollziehbar“, betont Hentschel. Außerdem sei ein Engpass in der Eingangsdiagnostik vorprogrammiert: „Die dafür erforderlichen Psychiater*innen und Psychosomatiker*innen sind in vielen Regionen gar nicht vorhanden.“

Konzept teilweise nicht ausgereift

„Die Komplexversorgung sollte schwer psychisch kranken Patient*innen eine vernetzte interdisziplinäre Therapie ermöglichen. Für die Patient*innen jedoch sorgen enge, vorgeschriebene Zeitfenster, in denen mehrere Praxen aufgesucht werden müssen, für zusätzlichen Stress. Wer mit psychisch schwer erkrankten Menschen arbeitet, weiß, dass dies nicht selten zu frühzeitigen Behandlungsabbrüchen führt“, warnt Hentschel. Ein weiterer Überarbeitungsbedarf bestehe darin, dass Koordinierungsleistungen an andere Fachkräfte – medizinische Fachangestellte oder Ergotherapeut*innen – delegiert werden müssten und dies nicht „aus einer Hand“ durch die Behandler*innen erfolgen dürfe. Der Zeit- und Koordinierungsaufwand müsse durch jeden erbracht werden können und angemessen vergütet werden.



DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung



#DPTVgoesgreen

Sie lesen lieber online statt auf Papier? Kein Problem!

Sie können statt der gedruckten Ausgabe die Psychotherapie Aktuell auch als PDF per Mail beziehen. Eine kurze Nachricht an psychotherapieaktuell@dptv.de genügt.

Anzeigen

medhochzwei Verlag
Alte Eppelheimer Straße 42/1 · 69115 Heidelberg
Sabine Hornig · Telefon 06221 91496-15
Alina Machka · Telefon 06221 91496-17
anzeigen@psychotherapieaktuell.de

Die Metadaten unserer Zeitschrift finden Sie unter www.psychotherapieaktuell.de.

Für ein individuelles Angebot nehmen Sie gerne Kontakt zu unserer Anzeigenabteilung auf.

Chiffre-Zuschriften richten Sie bitte in einem zweiten verschlossenen Umschlag an:

medhochzwei Verlag
Frau Sabine Hornig
Chiffre PA
Alte Eppelheimer Straße 42/1
69115 Heidelberg

Anzeigenschluss für Heft 4.2021:
22. Oktober 2021

Kleinanzeigenpreise 2021
Pro Millimeter: 3,70 Euro
Mindesthöhe: 17 mm

Liebe DPTV-Mitglieder,

bitte geben Sie Ihre Anzeige über medhochzwei-verlag.de oder direkt unter mhz-anzeigen.de ein. Für Aufträge, die nicht über ein Portal gehen, müssen wir 15,00 Euro Bearbeitungskosten in Rechnung stellen. Kleinanzeigen können wie gewohnt auch im Bundesmitgliederbrief der DPTV erscheinen. Hierzu kontaktieren Sie bitte die DPTV (bmb-anzeigen@dptv.de).

Ihr Anzeigenteam des medhochzwei Verlages

Hinweis an unsere Anzeigenkunden zum Praxiskauf/-verkauf

Der sogenannte KV-Sitz ist eine vom regionalen Zulassungsausschuss erteilte Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung. Diese Zulassung ist kein Besitz und kann weder verkauft, noch abgegeben, noch gekauft werden. Alle frei werdenden KV-Sitze werden von den KVen bekannt gemacht. Es wird häufig jenem Bewerber die Abrechnungsgenehmigung erteilt, der eine Absprache hat mit demjenigen, der den Sitz aufgibt, d. h. zurückgibt. Das muss aber nicht sein und es gibt keinen Rechtsanspruch.

Bitte verwenden Sie daher folgende Formulierungen, wenn Sie eine Praxis kaufen oder verkaufen möchten:

- Praxis zu verkaufen, KV-Zulassung vorhanden
- Praxisanteil zu verkaufen, KV-Teilzulassung vorhanden
- Praxis zu kaufen gesucht, KV-Zulassung erwünscht
- Praxisanteil zu kaufen gesucht, KV-Teilzulassung erwünscht

Mit diesen Formulierungen sind alle relevanten Optionen abgedeckt und es wird allen Formalien entsprochen. Wir erlauben uns, Ihre Anzeige ohne Rücksprache entsprechend anzupassen. Welche weiteren Beschreibungen der Praxis Sie hinzufügen, ist selbstverständlich Ihnen anheimgestellt.

Ihr Anzeigenteam des medhochzwei Verlages

Impressum

Die Zeitschrift „Psychotherapie Aktuell“ hat sich zum Ziel gesetzt, die Anliegen der Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen in den Mittelpunkt zu stellen. Sie widmet sich regelmäßig aktuellen gesundheitspolitischen und juristischen Themen und gibt praktische Hilfestellung für den Praxisalltag. Sie ist Verbandszeitschrift der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung (DPTV) e.V. Die Zeitschrift „Psychotherapie Aktuell“ erscheint i. d. R. viermal jährlich. Sonderausgaben sind möglich. Für Mitglieder der DPTV ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.
Aktuelle Auflage: 18.300 Exemplare

Verlag und Herausgeberin

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung
Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin
Telefon 030 235009-0 · Fax 030 235009-44
bgst@dptv.de · www.dptv.de

Verantwortliche Schriftleitung

Sabine Schäfer (v.i.S.d.P.)
Tobelwasenweg 10 · 73235 Weilheim/Teck
Telefon 07023 749147 · Fax 07023 749146
sabineschaefer@dptv.de

Kontaktanschrift der Redaktion

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung
Jeannine Nickolai
Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin
Telefon 030 235009-73
psychotherapieaktuell@dptv.de

Layout/Satz

Jacqueline Lee

Redaktionsbeirat

Sabine Schäfer, Carsten Frege, Dr. Enno E. Maaß, Mechthild Lahme, Dr. Cornelia Rabe-Menssen, Hans Strömsdörfer

Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sowie die Darstellung der Ideen sind urheberrechtlich geschützt. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion oder der Herausgeberin wieder. Alle Angaben erfolgen nach bestem Wissen, aber ohne Gewähr. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung, auch in Auszügen, ohne schriftliche Einwilligung des Verlags unzulässig. Nachdruck, Aufnahme in Onlinedienste und im Internet sowie Vervielfältigung, Einspeicherung oder Verarbeitung der auch in elektronischer Form erscheinenden Beiträge in Datensysteme nur nach vorheriger schriftlicher Zustimmung des Verlags. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Hinweise für Autor*innen

Das Informationsblatt zur Manuskriptgestaltung können Sie per Mail unter psychotherapieaktuell@dptv.de anfordern.

Anzeigen

medhochzwei Verlag
Alte Eppelheimer Straße 42/1 · 69115 Heidelberg
Sabine Hornig · Telefon 06221 91496-15
Alina Machka · Telefon 06221 91496-17
anzeigen@psychotherapieaktuell.de

Druck

Brandenburgische Universitätsdruckerei
und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH
Karl-Liebkecht-Straße 24/25
14476 Potsdam (OT Golm)
ISSN 1869-0335

Inserentenverzeichnis

Seite

CompuGroup Medical Deutschland AG, Koblenz	39
Ego State Therapie, Institut Rheinland, Bonn	11
Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen.....	23
IVS Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie, Fürth	27

Bildnachweise

Seite

Adobe Stock/Viktoria Kurpas	U1-37
Adobe Stock/Alfmalder	5-39

Die Bilder sind in Leserichtung benannt (von links nach rechts, oben nach unten). Die Autorenbilder wurden privat zur Verfügung gestellt.

Wir drucken klimaneutral auf FSC®-zertifiziertem Papier.



Die nächste Ausgabe der Psychotherapie Aktuell erscheint am **3. Dezember 2021**.

Adressen DPTV

Bundesgeschäftsstelle

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 235009-0
Bundesgeschäftsführer: Carsten Frege

Pressesprecher: Hans Strömsdörfer
Telefon 030 235009-27
presse@dptv.de

Berufsbezogene Mitgliederberatung:
Telefon 030 235009-40
Mo, Fr 10:00 – 13:00 Uhr, Mi 11:00 – 15:00 Uhr
mitgliederberatung@dptv.de

Hotline zur Ausbildungsreform:
Telefon 030 235009-26
Di 15:00 – 16:00 Uhr

Fragen rund um die Mitgliedschaft:
mitgliederverwaltung@dptv.de

Bundesvorstand

Bundesvorsitzender

Gebhard Hentschel
Neubrückenstraße 60
48143 Münster
gebhardhentschel@dptv.de

Stellv. Bundesvorsitzende

Barbara Lubisch
Schmiedstraße 1
52062 Aachen
barbaralubisch@dptv.de

Dr. Enno E. Maaß
Klusforder Straße 3
26409 Wittmund
ennomaass@dptv.de

Dr. Anke Pielsticker
Tal 15
80331 München
ankepielsticker@dptv.de

Michael Ruh
Steinweg 11
35066 Frankenberg
michaelruh@dptv.de

Sabine Schäfer
Tobelwasenweg 10
73235 Weilheim
sabineschaefer@dptv.de

Kooptiertes Mitglied

Dr. Christina Jochim
Rubensstraße 125, Haus 17
12157 Berlin
christinajochim@dptv.de

Vorstand der Delegiertenversammlung

Dr. Peter Schuster (Vorsitzender)
Ilka Heunemann (Stellv. Vorsitzende)

Ansprechpartner*innen/Landesvorsitzende in den Bundesländern

Baden-Württemberg

Dr. Alessandro Cavicchioli
dralessandrocavicchioli@dptv.de
Landesgeschäftsstelle Baden-Württemberg
Laura Cavicchioli
Zollhüttengasse 18
74523 Schwäbisch Hall
Telefon 0157 35361267
gs-bw@dptv.de

Bayern

Rudolf Bittner
Innere Münchener Straße 8
84036 Landshut
Telefon 0871 45018
rudi-bittner@t-online.de

Berlin

Georg Schmitt
Pfarrstraße 123
10317 Berlin
Telefon/Fax 030 55153363
georgschmitt@dptv.de
Landesgeschäftsstelle Berlin
Sebastian Hüting
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 23500934
Mi 15:00 – 17:00 Uhr
gst-berlin@dptv.de

Brandenburg

Ilka Zänker
Am Frauenberg 1
15907 Lübben
Telefon 0354 68971
ilka.zaenker@t-online.de

Bremen

Amelie Thobaben
Friedrich-Ebert-Straße 124
28201 Bremen
Telefon 0421 4334329
ameliethobaben@dptv.de

Hamburg

Heike Peper
Max-Brauer-Allee 45
22765 Hamburg
Telefon 040 41912821
heikepeper@dptv.de
Do 13:00 – 14:00 Uhr

Hessen

Ilka Heunemann
ilkaheunemann@dptv.de
Landesgeschäftsstelle Hessen
Martina Büschel
Rheinstraße 1
65307 Bad Schwalbach
Telefon 06124 7277588
Mo, Mi 9:30 – 12:30 Uhr
Di, Do 8:30 – 11:30 Uhr
Fr 9:30 – 11:30 Uhr
hessen@dptv.de

Mecklenburg-Vorpommern

Karen Franz
Rudolf-Breitscheid-Straße 7
23936 Grevesmühlen
Telefon 03881 79050
karen.franz@dptv-mv.de

Niedersachsen

Dr. Enno Maaß
ennomaass@dptv.de
Landesgeschäftsstelle Niedersachsen
c/o Michael Kladny
Sekretariat: Antonia Buschak
Peiner Straße 4
30519 Hannover
gs-niedersachsen@dptv.de

Nordrhein

Andreas Pichler
Alte Poststraße 9
53639 Königswinter
a.pichler@t-online.de
Landesgeschäftsstelle Nordrhein
c/o Olaf Wollenberg
Lucia Reinartz
Oulustraße 12
51375 Leverkusen
Telefon 0214 90982370
Mo 10:00 – 14:00 Uhr, Do 9:00 – 12:00 Uhr
gs-nordrhein@dptv.de

Westfalen-Lippe

Dr. Inez Freund-Braier
freund.braier@kjpp-letmathe.de
Landesgeschäftsstelle Westfalen-Lippe
Stephanie Mester
Bahnhofstraße 6
58642 Iserlohn
Telefon 02374 9247414
Mo, Mi 8:15 – 11:15 Uhr
gs-westfalen-lippe@dptv.de

Rheinland-Pfalz

Sabine Maur
sabine.maur@dptv-rlp.de
Landesgeschäftsstelle Rheinland-Pfalz
Katharina Dries
Kaiserstraße 38
55116 Mainz
k.dries@dptv-rlp.de

Saarland

Kathrin Schlipphak
Narzissenstraße 11
66119 Saarbrücken
Telefon 0681 5847815
kathrinschlipphak@dptv.de

Sachsen

Sven Quilitzsch
Osterweihstraße 5
08056 Zwickau
Telefon 0375 2004875
psychotherapie@quivial.de
Landesgeschäftsstelle Sachsen
Torsten Löffelmann
Himmelfürststraße 15
08062 Zwickau
Telefon 0375 2004877
vorstand@sachsen.dptv.de

Sachsen-Anhalt

Jeannette Erdmann-Lerch
Goethestraße 26
29410 Salzwedel
jeannette.erdmann-lerch@dptv.de

Schleswig-Holstein

Heiko Borchers
Vinetaplatz 5
24143 Kiel
Telefon 0431 731760
heiko.borchers@dptv.de

Thüringen

Dagmar Petereit
Radegundenstraße 9
99084 Erfurt
Telefon 0361 2626888
info@praxis-petereit.de



DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

QM-Praxishandbuch

Das Handbuch der professionellen Praxisführung

Auf Basis des Qualitätsmanagement-System der KBV (QEP® 2010) und der QM-Richtlinie 2020, weiterentwickelt entsprechend den neuen Herausforderungen an die Praxisführung wie Hygienemanagement und Datensicherheit, finden sich im QM-Praxishandbuch individualisierbare Praxis- und QM-Formulare sowie Informationen und Musterablaufbeschreibungen aller Prozesse in einer psychotherapeutischen Einzelpraxis.

Themen: Patientenversorgung, Patientenrechte und -sicherheit, Fortbildung, Praxisführung und Praxisorganisation, Beschwerdemanagement, Notfallmanagement, Patientenbefragungen, Qualitätsbezogene Dokumentation

Das QM-Praxishandbuch ist ein Leitfaden für

- einfaches und effizientes Qualitätsmanagement
- Weiterentwicklung und Reflexion der Praxisführung
- die Anwendung des Berufs- oder Sozialrechts
- die Praxisorganisation bei einer Praxisgründung

Demnächst verfügbar!
Aktualisierte Ausgabe 2021

Hardcover-Ringordner mit Register und USB-Stick
60 Euro für DPTV-Mitglieder, 120 Euro für Nichtmitglieder,
inklusive Versand, Bestellung über www.dptv.de/bestellungen
oder per Mail an bgst@dptv.de

