

Zusammenschau zur Erprobungsphase zur Einführung eines datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens in der ambulanten Psychotherapie (QSAmbPT) in NRW

Version 2.1

© Norbert Hartkamp (06.11.24)

1. Grundlagen

Im Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung (in Kraft getreten: 01.09.2020) findet sich im Abschnitt 2 der Auftrag des Gesetzgebers an den G-BA, ein einrichtungsübergreifendes sektorspezifisches Qualitätssicherungsverfahren für die ambulante psychotherapeutische Versorgung zu entwickeln (Bundesgesetzblatt 2019 Teil I Nr. 40, S. 1619)¹.

Ursprünglich sollte dieser Auftrag bis zum 31.12.2022 abgeschlossen werden, so dass dann das bisherige Gutachtenverfahren abgelöst hätte werden können (Bundesgesetzblatt 2019 Teil I Nr. 40, S. 1617).

Tatsächlich hat sich der Abschluss dieser Beauftragung verzögert, so dass es erst mit Beginn des Jahres 2025 zum Start einer für alle vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Behandler verpflichtenden Erprobungsphase² kommt und das Gutachtenverfahren für deren Dauer erhalten bleibt. Diese Erprobung soll für 6 Jahre in NRW erfolgen; dieses Bundesland wurde unter anderem zur Testregion bestimmt, da seine hohe Zahl an Psychotherapiepraxen einen ausreichend großen Datenpool gewährleisten soll.

Erst nach deren Abschluss und nach Bewertung der in der Erprobungsphase gemachten Erfahrungen soll das Qualitätssicherungsverfahren daraufhin überprüft werden, ob die vorgesehenen technischen, organisatorischen und inhaltlichen Aspekte aussagekräftig sind und ein gutes Aufwand-Nutzen-Verhältnis gewahrt bleibt. Die Überprüfung soll auch die eingesetzte Software und die Datenflüsse einbeziehen

1 https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=%2F%2F%2A%5B%40attr_id=%27bgbl119s1997.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl119s1604.pdf%27%5D_1717168324829

2 <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/148732/Qualitaetssicherung-in-der-Psychotherapie-wird-in-Nordrhein-Westfalen-erprobt>

Das QS-Verfahren basiert auf der Auswertung von Daten aus fallbezogenen Dokumentationen, die künftig für alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die regulär eine Psychotherapie abgeschlossen haben, quartalsweise fristgerecht zu übermitteln sind. Zusätzlich sollen Daten aus einer Patientenbefragung³ einfließen. Dies gilt für alle Einzeltherapien unabhängig vom angewendeten Psychotherapieverfahren. Gruppentherapien und Kombinationsverfahren von Einzel- und Gruppentherapien sind von dem Verfahren ausgenommen.

2. Begrifflichkeiten

Verschiedene Begrifflichkeiten, die in der Diskussion relevant sind, sollen hier erläutert werden.

Institut nach § 137a SGB V	Das IQTIG, Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen, ein vom G-BA gegründetes, von einer Stiftung getragenes Institut, das fachlich unabhängig und wissenschaftlich Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen erarbeiten soll.
Datenannahmestelle ⁴	Die zuständige KV (KVNo oder KVWL).
Vertrauensstelle ⁵	Organisation, welche die patientenidentifizierenden Daten pseudonymisiert. Patientenidentifizierende Daten (PID) sind personenbezogene Daten, die eine eindeutige Identifikation von Versicherten ermöglichen.
Versendestelle ⁶	Zentrale Stelle, die nach Vorgaben des G-BA für die Durchführung von Patientenbefragungen die Auswahl der zu befragenden Patientinnen und Patienten, den Druck sowie die Versendung der Fragebögen übernimmt.
Bundesauswertungsstelle	Zentrale Stelle, welche die Validierung und die statistische Auswertung der übermittelten Daten vornimmt. Die Datenvalidierung zielt auf die

3 Soweit erkennbar, folgt das geplante Vorgehen der Patientenbefragung in technisch-organisatorischer Hinsicht weitgehend dem Vorgehen, das vom IQTIG auch in anderen Zusammenhängen praktiziert wird, bspw. im Rahmen des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (vgl.: https://iqtig.org/downloads/spezifikation/2023/v01/2023_TechDok_Patientenbefragung_PPCI_V01.pdf)

4 Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – Erstfassung vom: 19.07.2018 (BAnz AT 18.12.2018 B3) <https://www.bundesanzeiger.de/pub/de/amtlicher-teil?0&year=2018&edition=BAnz+AT+18.12.2018>

5 <https://www.vertrauensstelle-gba.de/>

6 https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3411/DeQS-RL_2023-12-21_iK-2024-01-01.pdf

Überprüfung von Vollständigkeit, Vollständigkeit und Plausibilität sowie anhand durch das IQTIG festgelegter Auffälligkeitskriterien. Die prospektiven Rechenregeln und Referenzbereiche der Auffälligkeitskriterien werden vom Plenum des IQTIG beschlossen und sind auf den Internetseiten des IQTIG zu veröffentlichen⁷.

Welches Institut die Bundesauswertungsstelle sein wird, ist in der Richtlinie⁸ nicht benannt. Anzunehmen ist, dass dem IQTIG diese Rolle zufällt.

In anderen thematischen Zusammenhängen hatte das IQTIG oder das aQua-Institut die Rolle einer Bundesauswertungsstelle übernommen (aQua bei QSKH-RL).

Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Die KV(en), KZV(en), LKG (Landeskrankenhausgesellschaften) und die Landesverbände der Krankenkassen einschließlich Ersatzkassen im Bundesland bilden die LAG, hälftig besetzt von Kassenvertretern und Vertretern der Leistungserbringer.

3. Historie der jetzt zu erprobenden QS-Maßnahme

3.1 Beauftragung des AQUA-Instituts

Ausgangspunkt war ein Beschluss des G-BA vom 15. März 2012 über eine Beauftragung der Institution nach § 137a SGB V zur Entwicklung eines sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen⁹.

Seinerzeit war die Einrichtung nach § 137a SGB V das AQUA-Institut, das nach einem rechtlich umstrittenen Vergabeverfahren¹⁰ die Rolle des beauftragten Qualitätsinstituts bekam^{11,12}.

7 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL), zuletzt geändert am 21. Dezember 2023, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3411/DeQS-RL_2023-12-21_iK-2024-01-01.pdf, hier: §16 (6), S. 22f.

8 https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6421/2024-01-18_DeQS-RL_themenspezifische-Bestimmungen-QS-amb-PT.pdf

9 https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1458/2012-03-15_AQUA_QS-psychische-Erkrankungen.pdf

10 <https://web.archive.org/web/20101227120050/http://www.g-ba.de/informationen/aktuell/pressemitteilungen/297/>

11 <https://web.archive.org/web/20120116022617/http://www.aqua-institut.de/de/aktuell/mitteilungen-2009/aqua-gewinnt-ausschreibung.html>

12 <https://web.archive.org/web/20120301015429/http://www.aqua-institut.de/de/projekte/137a-sgb-v/index.html>

Zur Umsetzung der Qualitätssicherung nach § 137a SGB V wurden Landesgeschäftsstellen gegründet; in NRW¹³ waren diese am Ort der ÄKNo und der AEKWL lokalisiert¹⁴.

Im Beschluss vom 15. März 2012 wurde seinerzeit festgehalten, es sei bei den zu entwickelnden Qualitätsindikatoren oder Datenfeldern darauf zu achten, dass diese nur Leistungen abbilden, die im Leistungskatalog der GKV enthalten sind bzw. auf Basis des SGB V erbracht werden. Ferner sei insbesondere darauf zu achten, dass diese an den Zielen Praktikabilität und Verständlichkeit für diejenigen, die zur Dokumentation verpflichtet sind, ausgerichtet werden und sich am Versorgungsablauf orientieren.

Der Auftrag sollte in einem *generischen Teil* die Versorgungskette abbilden, in einem *spezifischen Teil* die Entwicklung von Qualitätsindikatoren mit besonderem Bezug zur Prozess- und Ergebnisqualität beispielhaft anhand von einzelnen Krankheitsbildern bei psychischen Erkrankungen mit schwerem Verlauf bewerkstelligen und *schließlich* Instrumente entwickeln, die sowohl die Erfahrungen über die gesamte Behandlungskette der Patienten und Patientinnen selbst als auch die der betroffenen Angehörigen mit dem Fokus der Erhebung von Prozess- und Ergebnisqualität abbilden.

Dabei sollten Prozess- und Ergebnisqualität in der Diagnostik und Behandlung im Mittelpunkt stehen, und die Nutzung von Routinedaten war zu bevorzugen.

3.2 Konzeptskizze des AQUA-Instituts

Das AQUA-Institut erstellte auftragsgemäß eine Konzeptskizze¹⁵, die am 17. Dezember 2015 vom G-BA abgenommen wurde. Als Qualitätspotenziale mit Bezug zur Prozessqualität wurden Punkte definiert, wo sich gute Qualität entscheidet und wo mögliche Defizite zu finden sein können. Im einzelnen seien dies für die Phase der Probatorik die drei Qualitätspotenziale *Eingangsdiagnostik, allgemeine und differenzielle Indikationsstellung sowie Aufklärung und Partizipative Entscheidungsfindung*. Für die Phase der Durchführung der Therapie sind dies die sechs Qualitätspotenziale *Erarbeitung individueller Therapieziele, Einbezug von Bezugspersonen, Dauer und Frequenz der Therapie, Therapie begleitende Diagnostik, therapeutische Beziehung und Kooperation*. In der Phase des Therapieabschlusses fand sich

13 <https://web.archive.org/web/20110225025055/http://www.qs-nrw.de/index.php?id=613>

14 <https://web.archive.org/web/20120325052851/http://www.sgg.de/datenservice/landesgeschaeftsstellen/index.html>

15 https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/413_Ambulante_Psychotherapie/Konzeptskizze_Ambulante_Psychotherapie.pdf

das Qualitätspotenzial *Zugang* (gemeint ist: zum behandelnden Therapeuten) nach Ende der Therapie.

Als Parameter der Ergebnisqualität (patientenrelevante Endpunkte) wurden definiert: (a) die Veränderung der Symptomatik im Sinne einer Symptomlinderung bzw. -reduzierung, (b) die Veränderung der Funktionalität im Sinne einer Verbesserung der Funktionalität, z.B. in Bereichen wie soziale Beziehungen, Arbeit oder Haushalt, (c) die Veränderung der Lebensqualität im Sinne einer Verbesserung und (d) die Zielerreichung, d.h. das Erreichen individuell gesetzter Ziele.

Als Datenquellen wurden seinerzeit eine fallbezogene QS-Dokumentation und eine Patientenbefragung erwogen, da insbesondere die Merkmale Aufklärung und partizipative Entscheidungsfindung, Erarbeitung individueller Therapieziele, Einbezug von Bezugspersonen und Zugang nach der Therapie über eine Patientenbefragung realisiert werden könnten.

Bezüglich der Messung der Ergebnisqualität wurde erwogen, dass zumindest zu zwei Zeitpunkten Daten erhoben werden, um eine Vorher-Nachher-Bewertung durchführen zu können. Hierzu sei es eine Voraussetzung, dass der verpflichtende Einsatz bestimmter Messinstrumente festgesetzt wird.

In der Summe kamen die Autoren des AQUA-Konzeptpapiers zu der Forderung, (a) es müssten zusätzliche qualitätssicherungsrelevante Abrechnungsziffern geschaffen werden, (b) Evidenzlücken hinsichtlich des Vorhandenseins und des Ausmaßes von Qualitätsdefiziten müssten durch Forschung geschlossen werden und (c) brauche es klarere Behandlungsstandards in der psychotherapeutischen Versorgung.

3.3 Beauftragung des IQTIG

Am 17. Mai 2018 beschloss der G-BA nunmehr das 2014 begründete IQTIG^{16,17} mit der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zu beauftragen¹⁸, wobei

16 https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/IQTIG-Gremien/2024/IQTIG_Mitglieder-des-Kuratoriums_2024-01-05-21.pdf

17 https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/IQTIG-Gremien/2023/IQTIG_Mitglieder-des-Wissenschaftlichen-Beirats_2023-11-28.pdf

18 https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3334/2018-05-17_IQTIG-Beauftragung_QS-Verfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf

die Konzeptskizze des AQUA-Institutes und die Psychotherapie-Richtlinie in der Fassung vom 24.11.2016 hierfür berücksichtigt werden sollte.

Diese Beauftragung weist gegenüber der vorausgegangenen Beauftragung des AQUA-Instituts wesentliche Änderungen auf. So wird die Einschränkung formuliert, die Ergebnisqualität solle „soweit sachgerecht abbildbar“ erfasst werden – einerseits eine Trivialität, denn eine nicht sachgerechte Abbildung von Ergebnisqualität erlaubt selbstverständlich keine Beurteilung der Qualität, andererseits aber augenscheinlich eine Art „Sollbruchstelle“, mit der der genaue Blick auf die Ergebnisse von Psychotherapien eingeschränkt oder verhindert werden kann.

In diese Richtung weist auch, dass *geprüft* werden sollte, *ob* überhaupt Aspekte zur Ergebnisqualität erfasst werden können (S. 2 des Beauftragungsbeschlusses).

Eine weitere Einschränkung der Beauftragung besteht darin, dass gefordert wird, sicherzustellen, dass das QS-Verfahren *nicht in den therapeutischen Behandlungsprozess eingreift* z. B. durch die Vorgabe bestimmter psychologischer Testverfahren (S. 3 des Beauftragungsbeschlusses).

Ein solche Einschränkung ist aus Sicht des Verfassers dieser Zusammenschau nachgerade ein *Unfug*, denn hier wird ja gefordert, dass Qualität hergestellt werden soll, ohne den Prozess zu beeinflussen, als dessen Ergebnis Qualität zustande kommt (oder eben auch nicht).

Der Zusammenhang von Struktur, Prozess und Ergebnis in der Einschätzung von medizinischer Behandlung wurde von dem Nestor der Qualitätssicherung in der Medizin Avedis Donabedian (1988, S. 1745)¹⁹ wie folgt charakterisiert: „This three-part approach to quality is possible only because good structure increases the likelihood of good process, and good process increases the likelihood of a good outcome.“

Vor diesem Hintergrund kann gefragt werden, ob das Ansinnen, in den psychotherapeutischen Prozess keinesfalls eingreifen zu wollen, nicht darauf zielt, das Anliegen der Qualitätssicherung psychotherapeutischer Behandlungen von vornherein zu unterlaufen.

19 Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988;260(12):1743-1748. doi:10.1001/jama.260.12.1743
<http://www.wonk1.com/hilbert/3%20%202016%20Donabedian--The%20quality%20of%20care%20how%20can%20it%20be%20assessed.pdf>

Bemerkenswert erscheint, dass die Beauftragung vom 17. Mai 2018 damit deutlich hinter dem zurückbleibt, was 2019 im Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung gefordert werden sollte: „Der Gemeinsame Bundesausschuss [...] 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.“ (vgl. Fußnote 1).

Ein weiterer, problematisch erscheinender Aspekt der Beauftragung vom 17. Mai 2018 besteht nach Auffassung des Verfassers dieser Zusammenschau darin, dass das QS-Verfahren einen *Einrichtungsbezug* (bspw. über die BSNR, vgl. S. 2 des Beauftragungsbeschlusses), aber keinen *Behandlerbezug* (bspw. über die LANR) realisieren sollte, was nicht damit kompatibel erscheint, dass es sich ja bei psychotherapeutischen Leistungen um *höchstpersönlich* zu erbringende Leistungen handelt (insoweit besteht hier zweifellos ein *Behandlerbezug*) und nicht um delegierbare Leistungen (womit ein *Einrichtungsbezug* hergestellt wäre).

3.4 Berichte des IQTIG

Über die durch das IQTIG entwickelte Methodik wurde ein Zwischenbericht²⁰ erstellt; die Ergebnisse wurden in einem Abschlussbericht²¹ mit Anhang²² und Indikatoren-Set²³ dargestellt. Ebenfalls wurde ein *validierter Fragebogen*²⁴ veröffentlicht, der bei der Patientenbefragung im Zuge der Erprobungsphase Verwendung finden soll.

4. Geplantes Vorgehen in der der Erprobungsphase

Das in der Erprobungsphase vorgesehene Vorgehen ist im Beschluss²⁵ (Bes) des G-BA vom 18.01.2024²⁶ festgelegt; die tragenden Gründe (TrG) sind auf der entsprechenden

20 https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_QS-Verfahren-zur-ambulanten-Psychotherapie_Zwischenbericht_2019-02-28-barrierefrei.pdf

21 https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_QS-Verfahren_Ambulante-Psychotherapie_Abschlussbericht_2021-06-14_barrierefrei.pdf

22 https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie_Abschlussbericht_Anhang_2021-06-14.pdf

23 https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie_Indikatorenset-1.1_2021-06-14_barrierefrei.pdf

24 https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie_Validierter-Fragebogen_2021-12-15.pdf

25 https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6421/2024-01-18_DeQS-RL_themenspezifische-Bestimmungen-QS-amb-PT.pdf

26 <https://www.g-ba.de/beschluesse/6421/>

Internetseite²⁷ des G-BA veröffentlicht. Eine Beanstandung des Beschlusses durch das BMG erfolgte nicht²⁸.

4.1 Fallbezogene Dokumentation

Die fallbezogenen Dokumentationen sind von den Leistungserbringern quartalsweise den Datenannahmestellen zu übermitteln.

Der dabei zu übermittelnde Datensatz ist mit 109 Variablen²⁹ umfangreich, wobei ein kleinerer Teil der Variablen sicherlich automatisiert wird befüllt werden können. Die für die Software-Anbieter nötigen Spezifikationen wird das IQTIG zum 01.07.2024 veröffentlichen.

Bezüglich der vorgesehenen Variablen sind aus der fachlichen Sicht des Verfassers dieser Zusammenstellung an einigen Stellen Bedenken angebracht.

So sollen bspw. in Datenfeld 17 lediglich ICD 10 Fxx.xx-Diagnosen erfasst werden, was im Hinblick auf die dann fehlende Möglichkeit, komorbide somatische Störungen abzubilden als ein Mangel erscheint. Auch die Z-Diagnosen (bspw. Z73.0 „Burn-Out“) können hier nicht abgebildet werden, obwohl sie für die Inanspruchnahme von Psychotherapie ein oftmals entscheidende Rolle spielen..

Unklar bleibt dem Verfasser dieser Zusammenstellung, worin der inhaltliche Wert der vorgesehenen Beantwortung der Fragen „Wurde abgeklärt, ob funktionale Einschränkungen vorliegen?“, „Wurde die Therapiemotivation der Patientin/des Patienten abgeklärt?“ oder „Wurde die Passung zwischen Patientin/Patient und Psychotherapeutin/Psychotherapeut abgeklärt?“ bestehen kann.

Für die Bewertung der psychischen und auch der körperlichen funktionellen Einschränkungen ist nach Ansicht des Verfassers dieser Zusammenstellung eine mindestens elementare Kenntnis des ICF-Systems³⁰ erforderlich, von deren Vorliegen bei den Leistungserbringern

27 https://www.g-ba.de/downloads/40-268-10342/2024-01-18_DeQS-RL_themenspezifische-Bestimmungen-QS-amb-PT_TrG.pdf

28 https://www.g-ba.de/downloads/40-268-10489/2024-01-18_DeQS-RL_themenspezifische-Bestimmungen-QS-amb-PT_BMG.pdf

29 Es werden (a) Daten für die Fallidentifikation, (b) Daten für die Indikator- oder Kennzahlberechnung, (c) Daten für die Basisauswertung und (d) Daten für technische und anwendungsbezogene Zwecke erfasst. Für die QS entscheidend dürften die Daten (b) und (c) sein.

30 <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icf/icfhtml2005/>

i.d.R. nicht auszugehen sein dürfte. In vielen Fällen wird dann in der fallbezogenen Dokumentation eine Beantwortung vorgenommen werden, deren valider Inhalt letztlich unbestimmt bleibt. Ähnlich bei der Frage nach der „Abklärung“ der Therapiemotivation. Wenn nicht bspw. in einem Glossar festgelegt wird, was hier mit „Therapiemotivation“ gemeint ist, bleiben die gewonnenen Aussagen unbestimmt. Hier könnte es bspw. um den Unterschied zwischen bewusster und unbewusster Motivation gehen³¹ oder auch um den in der Psychotherapie-Lehre selbstverständlich thematisierten, in QS AmbPT aber offenbar nicht in den Blick genommenen Unterschied zwischen „Therapiemotivation“ und „Veränderungsmotivation“³². Auch hier gilt: wenn nicht klar gemacht wird, wonach eigentlich gefragt wird, bleiben die gewonnenen Aussagen unbestimmt. Das Gleiche gilt selbstverständlich auch für die Frage nach der Passung von Pat. und Ther.: Wonach wird hier gefragt? Nach einer Geschlechtsgleichheit³³ (oder -ungleichheit), einer Gleichheit (oder aber gerade eine Ungleichheit?) des Alters, der Religionszugehörigkeit, der sozioökonomischen Stellung oder Herkunft? Oder wird hier lediglich nach einem subjektiven Eindrucksurteil gefragt, dessen Zustandekommen und dessen inhaltliche Relevanz unklar bleiben? Und wie kann der zu dieser letztgenannten Variable seitens des IQTIG bereit gestellt „Ausfüllhinweis“³⁴ die Beantwortung unterstützen? Schließlich: wenn zu den o.g. Fragen jeweils nur die beiden Antwortalternativen „0 = nein“ und „1 = ja“ vorgesehen sind: Was mag der relevante Erkenntnisgewinn hinsichtlich der Qualität der psychotherapeutischen Behandlung sein, der sich aus der Beantwortung dieser Fragen ergibt?

In der fallbezogenen Dokumentation wird bspw. weiterhin danach gefragt ob, und wenn ja wann, im diagnostischen Prozess ein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt wurde. Nun ist ja der Nutzen von standardisierten/strukturierten klinischen Interviews durchaus nicht unumstritten^{35,36}, was sich aber für ein QS-Verfahren der ambulanten Psychotherapie für ein relevanter Erkenntnisgewinn daraus ergibt, dass auf die

31 Roth, G. (2004). Das Verhältnis von bewusster und unbewusster Verhaltenssteuerung. Psychotherapie Forum 12, 59–70.
<https://doi.org/10.1007/s00729-004-0041-6>

32 Berking, M., & Kowalsky, J. (2012). Therapiemotivation. Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor: Band II: Therapieverfahren Lesen, Hören, Lernen im Web, 13-22.

33 https://www.researchgate.net/profile/Nora-Ruck/publication/338517686_Ruck_Nora_Luckgei_Vera_Wanner_Lisa_2018_Zwischen_Aktivismus_und_Akademisierung_Zur_Bedingung_der_Möglichkeit_feministischer_Psychologie_und_Psychotherapie_Psychologie_Gesellschaftskritik_421_55-79/links/5e18d038a6fdcc2837688df1/Ruck-Nora-Luckgei-Vera-Wanner-Lisa-2018-Zwischen-Aktivismus-und-Akademisierung-Zur-Bedingung-der-Möglichkeit-feministischer-Psychologie-und-Psychotherapie-Psychologie-Gesellschaftskritik-421.pdf

34 „Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten.“

35 Meiser-Storck, E. M. (2012). Risiken und Nebenwirkungen strukturierter Diagnostik. PiD-Psychotherapie im Dialog, 13(01), 6-9.

36 Laireiter, A. R. (2001). Diagnostik in der Psychotherapie. Psychotherapeut, 2(46), 90-101.

Frage „Aus welchem Grund wurde kein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt?“ die Antworten gegeben werden können: „0 = Patientin/Patient lehnte ab“ und „1 = anderer Grund“ erschließt sich dem Verfasser dieser Zusammenschau nicht, da ja unklar bleibt, was sich alles hinter diesen „anderen Gründen“ verbergen mag..

Fraglos kann eine umfassende inhaltliche Diskussion der in der fallbezogenen Dokumentation zu erhebenden Variablen hier nicht erfolgen, wünschenswert wäre es ab, dass diese Diskussionen mit Sachlichkeit und Vernunft geführt werden – hierzu können die unter Punkt 4.5 (S. 16) diskutierten Fachkommissionen ein Forum sein, diese Diskussionen müssen nach Ansicht des Verfassers dieser Zusammenschau aber auch von den betroffenen Fachgesellschaften und Berufsverbänden geführt werden.

4.2 Vollerhebung

Grundsätzlich wäre auch denkbar gewesen, eine Erprobung auf der Basis lediglich einer Stichprobe von Behandlerinnen und Behandlern durchzuführen, was auch gemäß § 299 (1) Satz 4 Nummer 1 SGB V³⁷ die Regel sein sollte. Eine Abweichung von dieser Regel ist nur gestattet, wenn dies aus gewichtigen medizinisch fachlichen oder gewichtigen methodischen Gründen, die als Bestandteil der Richtlinien, Beschlüsse und Vereinbarungen dargelegt werden müssen, erforderlich ist.

Der Beschlusstext (Bes) argumentiert hier, dass die Mehrzahl der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nur eine geringe Anzahl von Patientinnen und Patienten pro Jahr behandle. Folglich könne nur mit einer Vollerhebung die für aussagekräftige Auswertungen erforderliche Fallzahl je Leistungserbringerin und Leistungserbringer gewährleistet werden.

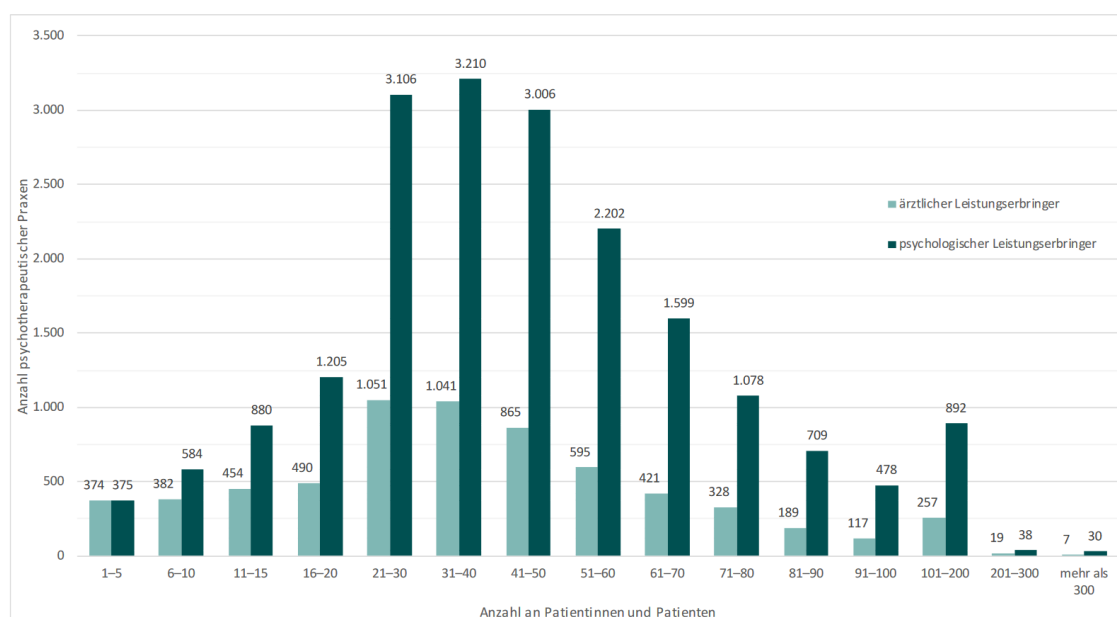
In den Tragenden Gründen (TrG) wird dazu mit Bezug auf den Abschlussbericht des IQTIG ausgeführt, dass 42 % der ärztlichen und 32 % der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie 22 % der MVZ weniger als 30 Patientinnen und Patienten pro Jahr behandeln³⁸ und damit die Anzahl der Patientinnen und Patienten pro Jahr, die eine Psychotherapie regulär beenden, bei einer angenommenen Dauer von ca. zwei Jahren und einem Anteil vorzeitig beendeter oder abgebrochener Therapien von ca. 30 % noch einmal deutlich darunter liegen dürfte.

37 https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_299.html

38 Korrekt wäre es hier gewesen, von „30 Patientinnen / Patienten oder weniger“ und nicht von „weniger als 30 Patientinnen und Patienten“ pro Jahr zu sprechen

Die entsprechenden Daten finden sich im Abschlussbericht des IQTIG zur Entwicklung der Patientenbefragung³⁹ auf den Seiten 334 und 103f., wobei hier auf die Quelle „KBV (2019)“ Bezug genommen wird, die sich bedauerlicherweise im Literaturverzeichnis des Abschlussberichts nicht findet.

Die diesbezügliche im Abschlussbericht des IQTIG zur Entwicklung einer Patientenbefragung auf S. 103 zu findende Grafik ist hier nachfolgend wiedergegeben.



Möglicherweise wird die hier offenkundig sich stellende Frage, wie es unter dem Aspekt von Strukturqualität zu bewerten ist, dass eine größere Zahl von Leistungserbringern eine nur geringe Zahl von Patientinnen und Patienten behandelt, erst im Zuge der Bewertung der erhobenen Befunde zu beantworten sein.

4.3 Rechenregeln

Das IQTIG, das voraussichtlich als Auswertungsstelle fungieren wird, definiert für die in seinem Verantwortungsbereich durchgeführten QS-Verfahren Rechenregeln⁴⁰.

39 https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie_Abschlussbericht_2021-12-15.pdf

40 https://iqtig.org/suche/?tx_iqtigsearch_search%5Baction%5D=form&tx_iqtigsearch_search%5Bcontroller%5D=Search&tx_iqtigsearch_search%5BsearchTerm%5D=rechenregeln%20psychotherapie&tx_iqtigsearch_search%5Bsource%5D=0&cHash=7d6653568584062c406980633c56e9cb

Diese sind gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)⁴¹, § 14a (2) Satz 2 vom IQTIG in Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten mit methodischer und fachlicher Expertise zu entwickeln, wobei das jeweilige Vorgehen zur Festlegung der Rechenregeln und Referenzbereiche, insbesondere der Indexbildung und der Risikoadjustierung, zu veröffentlichen ist.

Gemäß DeQS-RL § 14a (3) Satz 1 müssen prospektive Rechenregeln vor Beginn der Datenerhebung erstellt werden. Gemäß DeQS-RL § 14a (3) Satz 2 müssen diese Regeln und ebenso Referenzbereiche zeitgleich mit den Änderungen der themenspezifischen Bestimmungen und den Spezifikationen für das jeweilige Erfassungsjahr durch den G-BA beschlossen und veröffentlicht werden. Die themenspezifischen Bestimmungen für QS AmbPT sind am 18. Januar 2024 beschlossen worden.

Im Falle der zu erprobenden QS AmbPT sind die o.a. Regelungen der DeQS-RL augenscheinlich nicht umgesetzt worden. Ausweislich der Auflistung der Beschlüsse auf den Internetseiten des G-BA⁴² ist der Beschluss zu Rechenregeln und Referenzbereichen zur Anwendung im Zuge von QS AmbPT durch den G-BA erst am 18.07.2024 getroffen worden⁴³.

Bei den definierten Referenzbereichen und Rechenregeln sollte auf die Methodischen Grundlagen des IQTIG⁴⁴ Bezug genommen werden.

Die konkreten Auswertungsoperationen werden wahrscheinlich die auf dem GitHub-Server des IQTIG veröffentlichten R-Programme⁴⁵ nutzen, die eine Implementierung von auf *Bayesscher-Entscheidungstheorie*^{46,47} basierenden Algorithmen beinhalten, und sie werden ebenso auf die QIDB-Rechenregeln⁴⁸ Bezug nehmen.

Ein konkrete Auseinandersetzung mit den genutzten Rechenprozeduren und Rechenregeln wird nach Auffassung des Verfassers dieser Zusammenschau unerlässlich sein, um die schließlich ermittelten Befunde angemessen bewerten zu können.

41 https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3411/DeQS-RL_2023-12-21_iK-2024-01-01.pdf

42 <https://www.g-ba.de/beschluesse/ab/30/> (aufgerufen am 09.08.2024)

43 <https://www.g-ba.de/beschluesse/6747/> (aufgerufen am 09.08.2024)

44 https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Entwurf-fuer-Version-2.1_2024-04-08.pdf

45 <https://github.com/iqtigorg/>

46 <https://github.com/iqtigorg/iqtigprm>

47 <https://github.com/iqtigorg/iqtigbdt>

48 https://iqtig.org/downloads/auswertung_begleitschreiben/IQTIG_QIDB_R-Leseanleitung_2021-06-01.pdf

Die vom IQTIG verfasste Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL (Prospektive Rechenregeln) mit Datum 16.06.2024 definieren 19 jeweils mit einer ID versehene Qualitätsindikatoren⁴⁹ und enthalten zusätzlich 4 Anhänge⁵⁰.

Zu den einzelnen Qualitätsindikatoren sind Variablennamen („Feldnamen“) definiert (bspw.: THINFOWIRKSAM, die augenscheinlich in den internen Berechnungsvorgängen Verwendung finden sollen. Angegeben wird im Fall der sich auf die Patientenbefragung beziehenden Qualitätsindikatoren das Item des Patientenfragebogens, das mit dem jeweiligen Feldnamen korrespondiert.

Werden zur Berechnung einer Kennzahl mehrere Items des Patientenfragebogens herangezogen, so findet sich in den Rechenregeln die Formel MERKMAL() (vgl. nachstehende Abbildung, S. 14 der „Rechenregeln“):

Formel	Merkmal (THINFOWIRKSAM, THINFOWIRKUNG, THINFOZEIT)
--------	--

Welche Funktion die Formel MERKMAL() beinhaltet, wird in den Rechenregeln nicht erläutert. Zu vermuten ist, dass diese Funktion eine Gleichgewichtung der ihr als Parameter übergebenen Variablen vornimmt, so wie dies in Abschn. 1.2.1 „Zweistufiges Vorgehen bei der Aggregation“ des IQTIG-Berichts „Konstruktion und Auswertungsmethodik für die

-
- 49 432500: Besprechen der psychotherapeutischen Behandlung
 432501: Information zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der
 432502: Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten
 432503: Besprechen des Krankheitsbilds
 432504: Kommunikation und Interaktion in der Psychotherapie
 432505: Gemeinsames Klären und Abgleichen von Therapiezielen
 432506: Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten
 432512: Index Therapeutische Beziehung aus Patientensicht
 432507: Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie
 432508: Verbesserung von Symptomatik, sozialer Teilhabe und Alltagsfunktionalität
 432514: Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e
 432515: Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten
 432518: Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf
 432516: Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen
 432517: Reflexion des Therapieverlaufs
 432520: Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie
 432519: Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten
 432521: Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses
 432522: Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie
- 50 Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)
 Anhang II: Listen
 Anhang III: Vorberechnungen
 Anhang IV: Funktionen

Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung⁵¹ vorgeschlagen wird. Ob das im konkreten Fall sinnvoll ist, wird nach Kenntnis des Autors dieser Zusammenschau durch das IQTIG nicht diskutiert.

In weiteren Erläuterungen finden sich Rechenoperatoren wie bspw. `STATUS_FRAGEBOGEN %==%`⁵², die Bezug nehmen auf die in der Datei *iqtigfunctions*⁵³ definierten IQTIG-spezifischen R⁵³-Funktionen und R-Operatoren. An anderer Stelle wird Bezug genommen auf Funktionen wie `fn_THGESPRVORGEHEN_reskaliert` oder `fn_PatZustand_bedingt`, die in der genannten *iqtigfunctions*-Datei nicht definiert sind. Ihre Definition findet sich im Anhang IV der Rechenregeln, sie sind hier in Tabelle 2, S. 33 wiedergegeben.

Die in der Tabelle 1 im Anhang (S. 28) zusammengefassten Rechenregeln lassen nach Auffassung des Verfassers dieser Zusammenschau eine Vorläufigkeit erkennen, die zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Brauchbarkeit des QSAmbPT-Vorgehens fraglich erscheinen lässt. So findet sich bei neun der neunzehn Qualitätsindikatoren als „Erläuterung der Rechenregel“ die Angabe, die exakte Syntax werde ermittelt, wenn die Daten vorliegen. Damit bleiben in diesen Fällen die Rechenregeln aber undefiniert.

In weiteren neun von neunzehn Fällen beschränken sich die Rechenregeln darauf, eins bis drei Variablen aus dem Patientenfragebogen zu aggregieren, in einem von neunzehn Fällen (Qualitätsindikator 432512) wird als Rechenregel beschrieben, dass ein Index gebildet werden solle, ohne dass die Herleitung des Indexes beschrieben wird.

In Fall von neun der neunzehn Qualitätsindikatoren wird als Referenzbereich angegeben:

Referenzbereich 2025	$\geq x$ (Mittelwert)
----------------------	-----------------------

Im Verständnis des Verfassers dieser Zusammenschau ist eine solche Definition *zirkulär*. Der Referenzbereich⁵⁴ ergibt sich aus den Werten, die auf den Referenzbereich referenzieren. Das kann nur eine höchst vorläufige Größe sein, die keine inhaltliche Interpretation gestattet.

51 https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Auswertungsmethodik-QIs-Patientenbefragung_2024-05-31.pdf (abgerufen am 09.08.2024)

52 <https://github.com/iqtigorg/iqtigfunctions> (abgerufen am 10.08.2024)

53 R ist die statistische Software, mittels derer das IQTIG seine Analysen durchführt. Vgl.: <https://cran.r-project.org/> (abgerufen am 10.08.2024)

54 Die Referenzbereiche sind in Tabelle 1 aus Platzgründen nicht mit aufgenommen, sie finden sich im Dokument <https://www.g-ba.de/beschluesse/6747/> (aufgerufen am 09.08.2024)

Im Fall des Qualitätsindikators 432512 wird ein Referenzbereich nicht definiert, dieser bleibt daher inhaltlich nicht bewertbar.

In den Fällen der Qualitätsindikatoren, deren exakte Syntax zu ihrer Berechnung erst noch festgelegt werden soll, wenn Daten vorhanden sind, werden gleichwohl Referenzbereiche festgelegt, typischerweise wie nachfolgend abgebildet:

Referenzbereich 2025	≥ 95,00 %
----------------------	-----------

Es erschließt sich dem Verfasser dieser Zusammenschau nicht, wie ein valider Referenzbereich definiert werden soll, wenn die Regeln erst noch bestimmt werden müssen, nach denen der Wert berechnet wird, der den Referenzbereich entweder erreicht oder aber verfehlt.

Auch hier erscheint es vollkommen ausgeschlossen, auch nur annähernd eine inhaltliche Bewertung anhand eines solchermaßen willkürlich erscheinenden Referenzbereichs vorzunehmen.

Es bleibt weiterhin intransparent, warum in einigen Fällen ein Referenzbereich $\geq 95,00\%$, in anderen Fällen aber ein Referenzbereich $\geq 90,00\%$ angenommen wird. Zu dieser Differenzierung finden sich *begründende* oder auch nur *erläuternde Hinweise nicht*.

Im Fall von achtzehn der neunzehn Qualitätsindikatoren wird zur Methode der Risikoadjustierung⁵⁵ ausgeführt, es erfolge „(k)eine weitere Risikoadjustierung“, wobei dem Verfasser dieser Zusammenschau unklar bleibt, inwieweit bei diesen Qualitätsindikatoren überhaupt schon eine Risikoadjustierung erfolgt und ob es daher nicht sachgerecht wäre, davon zu sprechen das keine Risikoadjustierung erfolgt (anstelle von: keine *weitere*...).

Im Fall des Qualitätsindikators 432508 wird zur Methode der Risikoadjustierung mitgeteilt, diese stehe noch aus.

In der Summe bleibt die Definition der Rechenregeln unbefriedigend und stellt die Brauchbarkeit des QS AmbPT aus Sicht des Verfassers dieser Zusammenschau deutlich in Frage.

⁵⁵ Die Methoden der Risikoadjustierung sind in Tabelle 1 ebenfalls aus Platzgründen nicht mit aufgenommen; auch hier sei auf das Dokument <https://www.g-ba.de/beschluesse/6747/> (aufgerufen am 09.08.2024) verwiesen.

4.4 Prognosemodell

Die Diskussion des Prognosemodells des IQTIG⁵⁶ muss zum gegenwärtigen Zeitpunkt einer zukünftigen Weiterentwicklung der Diskussion vorbehalten bleiben.

4.5 Fachkommissionen

Die Fachkommissionen bestehen aus 6 ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten (2 VT, 2 TP, 1 AP, 1 ST), 1 Vertreter der Krankenkassen mit psychotherapeutischer Qualifikation und bis zu 2 Patientenvertretern.

Aufgabe der Fachkommission ist u.a. die fachliche Bewertung der von der Auswertungsstelle übermittelten Auswertungen im Hinblick auf Auffälligkeiten. Dazu zählt insbesondere, ein Stellungnahmeverfahren gegenüber Leistungserbringern anzustoßen, bei denen Auswertungen Auffälligkeiten zeigen.

Insoweit kommt der Besetzung der Fachkommissionen eine wichtige Stellung zu. Nach Auffassung des Verfassers dieser Zusammenschau sollte bei der Auswahl der Kommissionsmitglieder darauf geachtet werden, dass diese (a) über hinlängliche eigene Erfahrung in der Durchführung vertragsärztlicher oder vertragspsychotherapeutischer ambulanter Psychotherapie verfügen und (b) nicht aufgrund eigener berufsverbandlicher Tätigkeit oder Tätigkeit in der Selbstverwaltung in Interessenkonflikte zwischen der Tätigkeit in der Fachkommission und den fachpolitischen und Verbandsinteressen geraten können.

Die in den TrG (S. 14) angesprochene Möglichkeit, dass die Fachkommissionen sich eine Geschäftsordnung (GO) geben, die den Umgang mit Befangenheit von Mitgliedern, Interessenskonflikten und die Vermeidung von Selbstbewertungen regelt, kann hier hilfreich sein – das setzt nach Auffassung des Verfassers diese Zusammenschau aber voraus, dass eine solche GO nicht nur optional, sondern regelhaft vorgesehen wird.

4.6 Expertengremium auf Bundesebene

Das IQTIG soll durch eine Expertengremium auf Bundesebene beraten werden.

⁵⁶ https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Entwurf-fuer-Version-2.1_2024-04-08.pdf (aufgerufen am 11.08.2024)

Aus Sicht des Verfassers dieser Zusammenschau bleibt die Nützlichkeit dieses Expertengremium jedoch insoweit unklar, als die Mitglieder dieses Gremiums vom IQTIG benannt und unter dessen Leitung tätig werden sollen (§ 15 Bes). Insoweit erscheint fraglich, ob es einem solchen Gremium gelingen kann, zu Beratungsergebnissen zu gelangen, die von der angestrebten Linie des IQTIG abweichen.

Damit dieses Gremium seine in den TrG (S. 15) angeführten, anspruchsvollen Aufgaben erfüllen kann (u.a.: Erarbeitung von Empfehlungen für die Festlegung und Anpassung von Rechenregeln und Referenzbereichen, für die Pflege und Weiterentwicklung des Verfahrens auf Basis der Ergebnisse der Datenauswertungen und Datenvalidierung sowie aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und die Analyse des Handlungsbedarfs zur Umsetzung von Qualitätsverbesserungen in der Versorgung) ist es nach Auffassung des Verfassers dieser Zusammenschau unzureichend, wenn die Zusammensetzung des Expertengremiums, wie in § 15 (2) des Bes festgelegt, sich an der Zusammensetzung der Fachkommissionen nach § 14 des Bes orientiert. Es wird sich dann kaum im Expertengremium die methodische und wissenschaftliche Kompetenz zusammenfinden, die für die Aufgaben des Expertengremiums nötig ist.

4.7 Sanktionierung von Leistungserbringern bei fehlender Dokumentation

Eine mögliche Sanktionierung von Leistungserbringern bei fehlender Dokumentation ist in § 18 des Bes angesprochen. Die hier angesprochene Regelung besagt, dass die LAG mit Blick auf einen Leistungserbringer, der die Dokumentation nicht oder nicht in der erforderlichen Vollständigkeit erbringt, nachdem ihm Gelegenheit zu einer Äußerung dazu mit einer Frist von vier Wochen gegeben wurde, nach § 17 (4) Satz 3 Buchstabe b der DeQS-RL Teil 1, der zuständigen Stelle – was im Konkreten die KV sein dürfte – Vergütungsabschläge oder Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit der jeweiligen Leistung empfehlen darf.

Zwar ist in § 18 des Bes festgelegt, dass bis zur Festlegung einer konkreten Regelung dazu und mindestens für die Dauer des ersten Erfassungszeitraums (2025/2026, vgl. § 20 (5) Satz 4 des Bes) während des Erprobungszeitraums werden keine Vergütungsabschläge erhoben werden sollen; die Möglichkeit des Entzugs der Abrechnungsmöglichkeit ist jedoch nicht ausgeschlossen, was dem Verfasser dieser Zusammenschau – gerade im Hinblick darauf, dass es sich hier um eine *Erprobung* handelt – als unerträglich und nicht hinnehmbar erscheint.

Insgesamt erscheinen dem Verfasser dieser Zusammenschau die in §18 des Bes getroffenen Regelungen bei weitem zu unscharf und einer möglicherweise schädlichen Handhabung Raum gebend.

4.8 Erprobung der Ausgestaltung des QS-Verfahrens

Ein Kernpunkt des Bes sind die in § 20 getroffenen Regelungen zur Erprobung der Ausgestaltung, die einer detaillierteren Betrachtung bedürfen. Erprobt werden sollen Strukturen und Prozesse des QS-Verfahrens, aber auch die Eignung der in Anlage 1 und Anlage 2 des Bes festgelegten Qualitätsindikatoren selbst. Ausdrücklich festgestellt wird, dass technische, organisatorische und inhaltliche Aspekte der Erprobung erst noch bedürftig sind.

Dem Verfasser dieser Zusammenschau erscheint gerade im Hinblick auf die angesprochenen Sanktionsmöglichkeiten die Vorläufigkeit des zu erprobenden Vorgehens bemerkenswert; umfassendere Sanktionsmöglichkeiten können nur gerechtfertigt sein, wenn die Grundlage, auf der die Entscheidung über Sanktionen getroffen wird, gesichert ist. Das ist aber, solange es sich um eine Erprobung handelt, nicht der Fall und daher erscheint es dem Verfasser dieser Zusammenschau nicht angemessen, Sanktionen vorzusehen.

4.8.1 Prüfung von Indikatoren und Kennzahlen

Wenn in § 20 (2) Satz 1 Buchstabe d des Bes gefordert wird, die empirische und inhaltliche Prüfung aller Indikatoren und Kennzahlen (insbesondere Validität, Referenzbereiche und Risikoadjustierung von Indikatoren und Kennzahlen, Verfahrens- und Diagnoseunabhängigkeit der Indikatoren und Kennzahlen, sowie ihre Eignung zur Feststellung von Qualitätsdefiziten und Verbesserungspotenzialen) sei zu prüfen, und wenn in den TrG (S. 22 f.) betont wird, für *alle* Indikatoren des Verfahrens müsse nachgewiesen werden, dass sie mit einem geeigneten Aufwand-Nutzen-Verhältnis als Aufgreifkriterium für ein Qualitätsdefizit geeignet sind und dass sich auf ihrer Basis zielführende Stellungnahmeverfahren durchführen lassen, dann ist dem Verfasser dieser Zusammenschau höchst fraglich, wie dies gelingen soll.

So soll bspw. der Qualitätsindikator 43xx04 „Aufmerksame und wertschätzende Kommunikation“ messen, inwieweit die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut wertschätzend und aufmerksam mit den Patientinnen und Patienten kommuniziert hat. Dieser Qualitätsindikator soll mittels Patientenbefragung erhoben werden.

Hierbei stellt der Abschlussbericht zur Patientenbefragung (AbsB)⁵⁷ (S. 292) dar, dieser Indikator werde auf Basis von zwei Items mit zwei Antwortmöglichkeiten und sechs Items mit vier Antwortmöglichkeiten operationalisiert. Welches die hier gemeinten zwei Items im Patientenfragebogen⁵⁸ sind, lässt sich der Tabelle im AbsB, S. 218f. entnehmen.

Die sechs Items mit vier Antwortmöglichkeiten sind die folgenden:

19)	Wenn Sie daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?					
<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>						
	Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat ...	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht mehr
	... sich für meine Probleme und Sorgen interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... meine Probleme und Sorgen ernst genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... meine Probleme und Sorgen verstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... mir aufmerksam zugehört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20)	Wenn Sie weiterhin daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?					
<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>						
	Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat ...	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht mehr
	... abwesend gewirkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... mich nach einer aufwühlen- den Sitzung mit meinen Gefüh- len allein gelassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es erscheint dem Verfasser dieser Zusammenschau plausibel anzunehmen, dass jegliche Ankreuzungen der Kategorien „Immer“ und „Nie“ auf kognitive Verzerrungen und auf Erinnerungstäuschungen hinweisen, die zu Fehlurteilen führen. Es widerspricht durchaus der allgemeinen Lebenserfahrung, dass in einer über einen langen Zeitraum sich erstreckenden Folge von Gesprächen die angesprochenen kommunikativen Interaktionsweisen „Immer“ oder „Nie“ realisiert werden können.

57 https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie_Abschlussbericht_2021-12-15.pdf

58 https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie_Validierter-Fragebogen_2021-12-15.pdf

So dürfte bspw. angenommen werden, dass da, wo ein Therapeut sich für Sorgen und Probleme NIE interessiert, sie NIE ernst nimmt, sie NIE versteht und NIE aufmerksam zuhört, IMMER abwesend wirkt und IMMER Patienten mit aufwühlenden Gefühlen nach der Sitzung alleine lässt, eine psychotherapeutische Interaktion gar nicht erst zustande kommt.

Die Items mit zwei Antwortmöglichkeiten sind die folgenden:

21)	Konnten Sie mit Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten <u>während</u> der Psychotherapie offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen?
Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>
<i>Weiß nicht mehr</i>	<input type="checkbox"/>

22)	Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten?
Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>
<i>Weiß nicht mehr</i>	<input type="checkbox"/>

Methodisch fragwürdig erscheint dem Verfasser dieser Zusammenschau die im AbsB (Kap. 13.1 Berechnung des Indikatorwerts eines Leistungserbringers, S. 267 ff.) zugrunde gelegte Annahme, die Patientenantworten lägen in der Anzahl an Kategorien entsprechenden, gleichabständigen Punkten zwischen 0 und 100 vor, wobei einheitlich für alle Items 100 Punkte die bestmögliche Antwort im Sinne der Qualitätssicherung abbilde.

Das Argument (AbsB, Kap. 8.1.2, S. 82f.) die Annahme gleicher Abstände zwischen den einzelnen Antwortkategorien gewährleiste ein möglichst hohes Maß an Transparenz und Interpretierbarkeit von Punktwerten, die sich – wie das IQTIG einräumt – ggf. aus mehreren aggregierten Items mit unterschiedlichen Antwortskaleten zusammensetzen, erscheint dem Verfasser dieser Zusammenschau als oberflächlich und willkürlich.

Dass im britischen NHS ähnlich verfahren wird, bürgt, für sich genommen, noch nicht für Qualität.

Die Skalierung: „Immer – Meistens – Selten – Nie“ ist eine *diskret gestufte* oder *geordnet kategoriale Ratingskala*⁵⁹; im Hinblick auf das Skalenniveau handelt es sich um eine *Ordinalskala*^{60,61}.

Bei den mit „Ja – Nein“ skalierten Fragen handelt es sich bestenfalls um eine Ordinalskala, im Fall der nachfolgend abgebildeten Fragen aber wohl eher um lediglich eine *Nominalskala*:

29)	An welchen der folgenden Themen haben Sie <u>im Rahmen Ihrer Psychotherapie</u> gearbeitet?		
Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!			
	Ja	Nein	Weiß nicht mehr
Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrentung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergangenheitsbewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obwohl dies *methodisch falsch* ist, werden den Itembeantwortungen Punktwerte zugewiesen, als handle es sich um Intervallskalen. Die im AbsB (S. 83) dargestellte Tabelle 3 wird hier nachfolgend wiedergegeben:

59 Moosbrugger, H., & Kelava, A. (2020). Testtheorie und Fragebogenkonstruktion (3. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer. (S. 106)

60 Weiß, C. (2019). Basiswissen Medizinische Statistik (7. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer. (S. 16)

61 Bortz, J., & Döring, N. (2016). Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften (5. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer. (S. 239ff)

Tabelle 3: Beispiele für die Skalierung der Antwortalternativen

Dichotome Antwortalternative		Vierstufige Antwortalternative		Fünfstufige Antwortalternative	
Antwort-kategorien	Punkte	Antwort-kategorien	Punkte	Antwort-kategorien	Punkte
Ja	100	Immer	100	Viel besser geworden	100
Nein	0	Meistens	67	Etwas besser geworden	75
		Selten	33	Unverändert	50
		Nie	0	Etwas schlechter geworden	25
				Viel schlechter geworden	0

Das IQTIG weist jeder gültigen Antwortalternative ein Wert zwischen 0 (Minimum) und 100 (Maximum) zu, wobei höhere Werte eine bessere Bewertung der Qualität widerspiegeln (AbsB, S. 82).

Abgesehen von der rechnerischen Fehlerhaftigkeit (s.u.) führt dies auch zu inhaltlichen Absurditäten.

So folgt aus der vorgesehenen Bepunktung, dass eine Psychotherapie in der über „einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen“ gesprochen wird, sehr viel besser ist (100 Pkt.), als eine Therapie, in der über diese Themen nicht gesprochen wurde (0 Pkt), und zwar in genau dem gleichen Maße, in dem eine Therapie besser ist, nach deren Abschluss es den Patienten bezüglich ihrer psychischen Beschwerden⁶² „Viel besser“ geht (100 Pkt.), als eine Therapie nach deren Abschluss es den Patienten „Viel schlechter“ geht (0 Pkt.). Dass diese Unterschiede (sprechen über Alltag vs. nicht darüber sprechen einerseits und ein Endergebnis, das „viel besser ist vs. ein Endergebnis, das „viel schlechter“ ist andererseits) einander bezüglich der Qualität von Psychotherapien äquivalent sein sollen (100 Pkt. vs. 0 Pkt.) wird nur jemandem einleuchten, der von Psychotherapie nichts versteht oder nichts verstehen will.

Unabhängig davon, ob es sinnvoll ist, in Untersuchungen zu Ergebnissen von Psychotherapien verfahrensunabhängig die gleichen Messmethoden einzusetzen⁶³ (was den

62 Vgl. Items 27 und 29 des „Validierten Fragebogens“.

63 Philips, B. (2009). Comparing apples and oranges: How do patient characteristics and treatment goals vary between different forms of psychotherapy?. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82(3), 323-336.
<https://doi.org/10.1348/147608309X431491>

einen oder anderen nicht davon abhält, auch Unsinniges zu tun⁶⁴), ist es auch rechnerisch fehlerhaft eine Aggregation zu einem Indexwert dadurch vorzunehmen, dass alle Qualitätsmerkmale gleich gewichtet werden (AbsB, S. 81), wenn es sich nicht mindestens um intervallskalierte Daten handelt.

Die zur Rechtfertigung eines solchen Vorgehens angeführte Begründung („um eine intuitive Interpretation der Ergebnisse zu erleichtern“, AbsB, S. 81, oder: „Da sich die Qualitätsindikatoren durch dieses Vorgehen auf der gleichen Skala wie prozentuale Bewertungen bewegen, ist davon auszugehen, dass die Bewertung von Indikatorergebnissen auf dieser Skala intuitiv und einfach nachvollziehbar ist“, AbsB, S. 82) lässt – nach Ansicht des Verfassers dieser Zusammenschau – klar erkennen, dass es nicht um fundierte Beurteilungen geht, sondern darum etwas *Griffiges* zu erzeugen, unabhängig davon, ob es sinnvoll ist oder nicht.

Es besteht – nach Ansicht des Verfassers dieser Zusammenschau – die erhebliche Gefahr, dass mit einem solchen Vorgehen lediglich eine *Illusion eines Begreifens oder Verstehens* erzeugt wird, weil bspw. einem Rezipienten die *Prozentskala* so vertraut ist, dass er oder sie glaubt, eine Aussage in Form einer solchen Skala schon unmittelbar verstanden haben zu können, vielleicht ohne darüber nachdenken zu müssen oder zu wollen, was da eigentlich prozentual skaliert wird.

Die von den Autoren des IQTIG-AbsB zur methodischen Begründung herangezogene Arbeit von Schwartz et al. (2015) macht dies auch klar, wenn es dort heißt: „For mid-level managers, composite measures allow them to track a particular service or unit’s performance. [...] For policymakers, composite measures provide performance criteria to use in selecting high-performing providers to include in health care delivery networks.“⁶⁵ Ob *mid-level managers* und *policymakers* an profunder Sachkenntnis interessiert sind, steht seitens des Verfassers dieser Zusammenschau nicht an, beurteilt zu werden; gleichwohl erscheint die Sorge gerechtfertigt, ob es nicht am Ende lediglich um die Generierung von Kennzahlen geht, denen wenig mehr als der Status von *Faktoiden*⁶⁶ zukommt, vermitteltst derer dann aber dennoch in ein System eingegriffen wird, ohne die Auswirkungen solchen Eingreifens überblicken zu können.

64 Barone, J. E. (2000). Comparing apples and oranges: a randomised prospective study. *BMJ*, 321(7276), 1569-1570. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7276.1569>

65 Schwartz, M., Restuccia, J. D., & Rosen, A. K. (2015). Composite measures of health care provider performance: a description of approaches. *The Milbank Quarterly*, 93(4), 788-825. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12165> (hier: S. 790)

66 <https://en.wikipedia.org/wiki/Factoid>

4.8.2 Prozesse der Itembearbeitung im Patientenfragebogen

Kognitive und motivationale Prozesse bei der Itembearbeitung werden nach Ansicht des Verfassers dieser Zusammenschau nicht hinreichend berücksichtigt. Jegliches Beantworten eines Items einer Befragung setzt voraus (a) ein Verständnis und eine Interpretation des Iteminhalts, (b) den Abruf von Erinnerungen, (c) das Integrieren dieser Informationen zu einem einzelnen Urteil und (d) die Übersetzung dieses Urteils in eine Antwort.

Mit jedem dieser Schritte gehen spezifische Fehlerquellen einher⁶⁷, die nach Ansicht des Verfassers dieser Zusammenschau im Zuge der Konstruktion des Patientenfragebogens ebenfalls nicht ausreichend diskutiert wurden.

4.9 Technischer Fachausschuss

Das IQTIG soll zur frühzeitigen Identifizierung, Beratung und Behebung technischer und organisatorischer Verfahrensprobleme während der Erprobung einen technischen Fachausschuss einrichten. Mit 2 Vertretern der LAGs, insgesamt 2 Vertretern der beteiligten KVen als Datenannahmestellen, 1 Vertreter der Versendestelle, 4 Vertretern der Psychotherapeuten, 2 Patientenvertretern und einer *nicht festgelegten Zahl* von Vertretern der Softwareanbieter (jeweils 1 Person pro Softwareanbieter) handelt es sich um ein insgesamt recht großes Gremium, dessen Arbeitsfähigkeit angesichts der Größe nicht von vornherein sichergestellt erscheint.

An der Erprobung teilnehmende Leistungserbringer sollen über eine vom IQTIG einzurichtende digitale Plattform regelmäßig Rückmeldung zu Verfahrensproblemen geben können. Insoweit das IQTIG die Rückmeldeergebnisse dem Ausschuss strukturiert zur Beratung zur Verfügung stellt, muss aus Sicht des Verfassers dieser Zusammenschau sichergestellt werden, dass bei der Strukturierung durch das Institut keine präjudizierende Vorab-Filterung der Rückmelde-Ergebnisse erfolgt.

5. Abschluss

Die vorliegende Zusammenschau ist sicherlich insoweit nicht vollständig, als nicht alle relevanten Aspekte der geplanten Erprobung angesprochen werden konnten.

67 Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J. Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: a critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of applied psychology*, 88(5), 879-903.
<https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.5.879>

Nach Ansicht des Verfassers dieser Zusammenschau ist das QS AmbPT in der gegenwärtigen Fassung mit beträchtlichen Problemen behaftet, die sich z.T. aus den Vorgaben herleiten (bspw.: das QS-System dürfe in psychotherapeutische Prozesse nicht eingreifen) und z.T. aus der Art, wie die Vorgaben umgesetzt wurden (bspw. die Bildung von aggregierten Indexwerten und Kennzahlen auf einer zwar pragmatisch reizvoll erscheinenden, methodisch aber unzulänglichen Basis). Auch weitere Rahmenbedingungen (Sanktionsmöglichkeiten, Besetzung des technischen Fachausschusses etc.) erscheinen nicht unproblematisch.

Ganz klar ist, dass auch die insgesamt wahrscheinlich positiven Effekte von Psychotherapie⁶⁸ den Blick dafür nicht verstellen dürfen, dass es bei den Ergebnissen psychotherapeutischer Behandlungen eine erhebliche Variationsbreite gibt⁶⁹: Psychotherapie hilft auch in relativ vielen Fällen *nicht*⁷⁰, und in nicht wenigen Fällen *schadet* sie sogar⁷¹.

Angesichts der volkswirtschaftlichen Belastung durch AU-Fälle und AU-Tage im Zusammenhang mit Krankheiten die *auch* der psychotherapeutischen Behandlung bedürftig und zugänglich sind (in 2020 mehr als 34 Mio. AU-Tage mit ICD-10 F32.x, nahezu 14 Mio. AU-Tage mit ICD-10 F33.x, mehr als 24 Mio. AU-Tage mit ICD-10 F43.x, mehr als 10 Mio. AU-Tage mit ICD-10 F48.x⁷²) ist es unumgänglich, dass die psychotherapeutischen Behandlungen in *qualitativ hoher Weise* und *effizient* erbracht werden.

Sich hierbei allein auf die Beurteilungen der Leistungserbringer ihrer Leistungen zu stützen ist fraglos unzureichend⁷³, insoweit braucht es ein unabhängiges QS-Verfahren.

Auch das Gutachtenverfahren, das von vielen berufspolitisch engagierten Kolleginnen und Kollegen immer wieder zu einem wirksamen Verfahren der Qualitätssicherung erklärt wird, erfüllt diesen Zweck nach Ansicht des Verfassers dieser Zusammenschau nicht.

68 Nordmo, M., Sørderland, N. M., Havik, O. E., Eilertsen, D. E., Monsen, J. T., & Solbakken, O. A. (2020). Effectiveness of Open-Ended Psychotherapy Under Clinically Representative Conditions. *Frontiers in psychiatry*, 11, 384. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00384>

69 Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D., & Vermeersch, D. A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of clinical psychology*, 62, 1157–1172. <https://doi.org/10.1002/jclp.20272>

70 Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. S. 169-218, New York, Wiley

71 Barlow, D. H. (2010). Negative effects from psychological treatments: A perspective. *American Psychologist*, 65(1), 13–20 <https://doi.org/10.1037/a0015643>

72 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Geschaeftergebnisse/Arbeitsunfaehigkeit_nach_Diagnosen_2020_bf.pdf

73 Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of clinical psychology*, 61(2), 155–163. <https://doi.org/10.1002/jclp.20108>

So wurden bei ca. 1,7 Mio. Patienten, bei denen im Jahr 2021 mindestens eine Ziffer der KZT1, KZT2 oder LZT in den Verfahren analytische Psychotherapie (AP), tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TfP) oder Verhaltenstherapie (VT) abgerechnet wurden⁷⁴, nur insgesamt 205.255 Gutachtenaufträge vergeben⁷⁵, d.h.: etwas über 87% aller Behandlungen wurden von dem Gutachterverfahren gar nicht erreicht⁷⁶ und unterlagen insoweit keiner Qualitätsbeobachtung, geschweige denn Qualitätssicherung.

Hier ist aus Sicht des Verfassers dieser Zusammenschau anzumerken, dass ein „Qualitätssicherungsverfahren“, das ca. 87% der in ihrer Qualität zu sichernden Behandlungen gar nicht erst betrachtet, *genau eins nicht ist*: ein Qualitätssicherungsverfahren.

Auch bei den vorgenommenen Begutachtungen (Psychotherapie bei Erwachsenen) liegt die Ablehnungsquote bei den Erstgutachten im Jahr 2021 mit nur 3,1 % bei Verhaltenstherapien und 2,1 % bei den psychoanalytisch begründeten Verfahren deutlich unterhalb des Anteils von 5% bis 10% der Therapien, die gemäß der empirischen Befundlage⁷⁷ ein negatives Ergebnis erbringen. Aus Sicht des Verfassers dieser Zusammenschau ist auch dies *kein Argument dafür*, dass das Gutachterverfahren als Mittel der Qualitätssicherung gut funktioniert.

Dass hier durchaus Probleme bestehen, verdeutlicht nach Ansicht des Verfassers dieser Zusammenschau der erfahrene Psychotherapie-Gutachter Klaus Lieberz⁷⁸, wenn er in seiner Antwort auf die von Moser⁷⁹ vorgetragene Kritik am Gutachterverfahren äußerte, es gelte „wohl auch für erfahrene Ärzte und Therapeuten die Notwendigkeit, die ‚subjektive Evidenz‘ ihrer Vorgehensweise zu operationalisieren und zu objektivieren“ – genau dies geschieht aber im Gutachtenverfahren nicht, und – da ja auch ein Eingreifen in Prozesse ausdrücklich nicht geplant ist – wird dies auch in QS AmbPT nicht geschehen.

74 Eigene Berechnung nach Angaben der vier quartalsbezogenen Honorarberichte 2021 der KBV (<https://www.kbv.de/html/honorarbericht.php>). Die aufsummierte Zahl der Behandlungsfälle (6.807.738) wurde durch 4 (vier Quartale) geteilt

75 KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2024). Gutachtenstatistik 2021. Stand Juni 2024. Berlin, KBV. Abgerufen am 02.06.2024 von: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/40646.php>

76 Man mag hier einwenden, dass Psychotherapien i.d.R. länger dauern, und daher der Bezug von Gutachtenaufträgen je Jahr zu den Psychotherapie-Fällen je Jahr nicht stimmig sei. Legt man die Annahme zugrunde, dass Psychotherapien im Mittel ca. 2 Jahre dauern (so dass die Zahl der (neuen, ggf. ein Gutachten erfordernden) Psychotherapie-Fälle je Jahr sich halbiert), so ergibt sich, dass immer noch mehr als 75 % der Psychotherapien keiner Qualitätsbeobachtung und -kontrolle unterliegen. Am hier vorgetragenen Argument ändert sich mithin in der Substanz gar nichts.

77 Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 329-343.

78 Lieberz, K. (2013). Falsche Adresse. [Leserbrief zu Moser (2013).] *Dtsch Arztebl PP* 12(9), 416.

79 Moser T (2013). Psychoanalyse und Gutachterverfahren: An den therapeutischen Grenzen. *Dtsch Arztebl PP* 12(7), 298.

So bleibt denn nur zu hoffen, dass die Erprobung und Weiterentwicklung des QSambPT am Ende nicht dazu führen wird, dass ein methodisch unzureichend basiertes, mit erheblichem Bürokratieaufwand verbundenes Verfahren zwangsweise eingeführt wird, ohne zu einer Verbesserung und Effizienzsteigerung der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung führen zu können, und es bleibt zu hoffen, dass es bei einem möglichen, wenn auch nicht wahrscheinlichen, Scheitern der Erprobung des QSambPT-Verfahrens nicht auf unabsehbare Zeit zur Beibehaltung des weitgehend ineffizienten Gutachtenverfahrens kommen wird.

N. Hartkamp⁸⁰

80 Dr. med. N. J. Hartkamp, M. Sc.
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Psychoanalytiker – Gruppentherapeut – Data Scientist
gruppenanalytischer Supervisor und Organisationsberater
Rheinstr. 37
42697 Solingen
0212 - 22177270
kontakt@drhartkamp.de

6. Anhang

Tabelle 1: Rechenregeln

ID	Daten-Quelle	Rechenregel	Erläuterung der Rechenregel
432500	Patientenbefragung	M1_432500 M2_432500 M3_432500	Für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung werden für alle Merkmale eines Indikators die jeweils gleiche Grundgesamtheit zugrunde gelegt. Daher wird bei der Beschreibung der Merkmale die Grundgesamtheit des QI definiert. Bei der Berechnung der Indikatoren werden Einschränkungen der Grundgesamtheit, die sich durch fehlende Werte ergeben (z. B. wegen Item Non-Response oder systematischen Ausschluss von Teilkollektiven in Merkmalen) berücksichtigt und nur gültige Werte einbezogen.
432501	Patientenbefragung	M1_432501 M2_432501	Für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung werden für alle Merkmale eines Indikators die jeweils gleiche Grundgesamtheit zugrunde gelegt. Daher wird bei der Beschreibung der Merkmale die Grundgesamtheit des QI definiert. Bei der Berechnung der Indikatoren werden Einschränkungen der Grundgesamtheit, die sich durch fehlende Werte ergeben (z. B. wegen Item Non-Response oder systematischen Ausschluss von Teilkollektiven in Merkmalen) berücksichtigt und nur gültige Werte einbezogen.
432502	Patientenbefragung	M1_432502 M2_432502	Für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung werden für alle Merkmale eines Indikators die jeweils gleiche Grundgesamtheit zugrunde gelegt. Daher wird bei der Beschreibung der Merkmale die Grundgesamtheit des QI definiert. Bei der Berechnung der Indikatoren werden Einschränkungen der Grundgesamtheit, die sich durch fehlende Werte ergeben (z. B. wegen Item Non-Response oder systematischen Ausschluss von Teilkollektiven in Merkmalen) berücksichtigt und nur gültige Werte einbezogen.
432503	Patientenbefragung	M1_432503	Für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung werden für alle Merkmale eines Indikators die jeweils gleiche Grundgesamtheit zugrunde gelegt. Daher wird bei der Beschreibung der Merkmale die Grundgesamtheit des QI definiert. Bei der Berechnung der Indikatoren werden Einschränkungen der Grundgesamtheit, die sich durch fehlende Werte ergeben (z. B. wegen Item Non-Response oder systematischen Ausschluss von Teilkollektiven in Merkmalen) berücksichtigt und nur gültige Werte einbezogen.
432504	Patientenbefragung	M1_432504	Für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung werden für alle Merkmale eines Indikators die jeweils gleiche Grundgesamtheit zugrunde gelegt. Daher wird bei der Beschreibung der Merkmale die Grundgesamtheit des QI definiert. Bei der Berechnung der Indikatoren werden

ID	Daten-Quelle	Rechenregel	Erläuterung der Rechenregel
			Einschränkungen der Grundgesamtheit, die sich durch fehlende Werte ergeben (z. B. wegen Item Non-Response oder systematischen Ausschluss von Teilkollektiven in Merkmalen) berücksichtigt und nur gültige Werte einbezogen.
432505	Patientenbefragung	M1_432505	Für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung werden für alle Merkmale eines Indikators die jeweils gleiche Grundgesamtheit zugrunde gelegt. Daher wird bei der Beschreibung der Merkmale die Grundgesamtheit des QI definiert. Bei der Berechnung der Indikatoren werden Einschränkungen der Grundgesamtheit, die sich durch fehlende Werte ergeben (z. B. wegen Item Non-Response oder systematischen Ausschluss von Teilkollektiven in Merkmalen) berücksichtigt und nur gültige Werte einbezogen.
432506	Patientenbefragung	M1_432506 M2_432506 M3_432506	Für das Merkmal M1_432506 wird zur Anpassung der Antwortskala eine Reskalierung der Variable THGESPRVORGEHEN von 2 Kategorien auf 4 Kategorien vorgenommen. Für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung werden für alle Merkmale eines Indikators die jeweils gleiche Grundgesamtheit zugrunde gelegt. Daher wird bei der Beschreibung der Merkmale die Grundgesamtheit des QI definiert. Bei der Berechnung der Indikatoren werden Einschränkungen der Grundgesamtheit, die sich durch fehlende Werte ergeben (z. B. wegen Item Non-Response oder systematischen Ausschluss von Teilkollektiven in Merkmalen) berücksichtigt und nur gültige Werte einbezogen.
432512	Patientenbefragung	Index aus Qualitätsindikator 432504, Qualitätsindikator 432505, Qualitätsindikator 432506	Im Rahmen der Überarbeitung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie empfiehlt das IQTIG die zusätzliche Einführung einer Kennzahl, die die therapeutische Beziehung aus Patientensicht als Index aus den Qualitätsindikatoren 432504, 432505 und 432506 insgesamt abbildet. Damit gelingt es, das Ausmaß der therapeutischen Beziehung aus Patientensicht als einen Wert darzustellen. Die Methodik zur Berechnung dieses Index wird derzeit noch entwickelt. Aus diesem Grund kann zum aktuellen Zeitpunkt weder eine konkrete Formel noch eine konkrete Berechnungsart definiert werden.
432507	Patientenbefragung	M1_432507	Für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung werden für alle Merkmale eines Indikators die jeweils gleiche Grundgesamtheit zugrunde gelegt. Daher wird bei der Beschreibung der Merkmale die Grundgesamtheit des QI definiert. Bei der Berechnung der Indikatoren werden Einschränkungen der Grundgesamtheit, die sich durch fehlende Werte ergeben (z. B. wegen Item Non-Response oder systematischen Ausschluss von Teilkollektiven in Merkmalen) berücksichtigt und nur gültige Werte einbezogen.
432508	Patientenbefragung	M1_432508 M2_432508	Die verwendeten Funktionen dienen zur korrekten Interpretation der mittleren Antwortkategorie („unverändert“). Es ist der Einbezug der patientenindividuellen Erkrankungsschwere vor

ID	Daten-Quelle	Rechenregel	Erläuterung der Rechenregel
			<p>Beginn der Psychotherapie für eine angemessene Skalierung der Antwortkategorien notwendig. Für Patientinnen und Patienten, die vor Beginn der Psychotherapie schwerer psychisch erkrankt waren und keine Veränderung ihrer Symptome, sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität durch die Psychotherapie erfahren haben, spiegelt die mittlere Antwortkategorie eine schlechte Qualität wider. Für Patientinnen und Patienten, die vor Beginn der Psychotherapie leichter psychisch erkrankt waren und keine Veränderung ihrer Symptome, sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität erfahren haben, spiegelt die mittlere Antwortkategorie eine mittelmäßige Qualität wider. Für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung werden für alle Merkmale eines Indikators die jeweils gleiche Grundgesamtheit zugrunde gelegt. Daher wird bei der Beschreibung der Merkmale die Grundgesamtheit des QI definiert. Bei der Berechnung der Indikatoren werden Einschränkungen der Grundgesamtheit, die sich durch fehlende Werte ergeben (z. B. wegen Item Non-Response oder systematischen Ausschluss von Teilkollektiven in Merkmalen) berücksichtigt und nur gültige Werte einbezogen.</p>
432514	QS-Daten	<p>Zähler Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen in der Anfangsphase der Behandlung ein umfassendes diagnostisches Gespräch zu allen aufgeführten behandlungsrelevanten Dimensionen mit der Patientin / dem Patienten geführt wurde</p> <p>Nenner Anzahl der Fälle, für die eine Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie als Kurzzeit- oder Langzeittherapie im Einzelsetting durch eine Psychologische Psychotherapeutin / einen Psychologischen Psychotherapeuten oder eine ärztliche Psychotherapeutin / einen ärztlichen Psychotherapeuten abgerechnet wurde (Grundgesamtheit des QS-Verfahrens)</p>	Die exakte Syntax wird ermittelt, wenn die Daten vorliegen.

ID	Daten-Quelle	Rechenregel	Erläuterung der Rechenregel
432515	QS-Daten	<p>Zähler Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen in der Anfangsphase der Behandlung, im Rahmen der Diagnostik, mindestens ein dem Behandlungsfall angemessenes, psychodiagnostisches Testverfahren und/oder standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt und dokumentiert wurde</p> <p>Nenner Anzahl der Fälle, in denen eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder eine Verhaltenstherapie oder eine Systemische Therapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie als Kurzzeit- oder Langzeittherapie im Einzelsetting durch eine Psychologische Psychotherapeutin / einen Psychologischen Psychotherapeuten oder eine ärztliche Psychotherapeutin / einen ärztlichen Psychotherapeuten abgerechnet wurde (GOP 35401, 35402, 35405, 35421, 35422, 35425, 35431, 35432, 35435)</p>	Die exakte Syntax wird ermittelt, wenn die Daten vorliegen.
432518	QS-Daten	<p>Zähler Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen im Therapieverlauf mindestens ein dem Behandlungsfall angemessenes, psychodiagnostisches Testverfahren und/oder standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt und dokumentiert wurde</p> <p>Nenner Anzahl der Fälle, in denen eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder eine Verhaltenstherapie oder eine Systemische Therapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie als Kurzzeit- oder Langzeittherapie im Einzelsetting durch eine Psychologische Psychotherapeutin / einen Psychologischen Psychotherapeuten oder eine ärztliche Psychotherapeutin / einen ärztlichen Psychotherapeuten abgerechnet wurde (GOP 35401, 35402, 35405, 35421, 35422, 35425, 35431, 35432, 35435)</p>	Die exakte Syntax wird ermittelt, wenn die Daten vorliegen.
432516	QS-Daten	<p>Zähler Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen in der Anfangsphase der Behandlung patientenindividuelle Therapieziele vereinbart und dokumentiert wurden</p> <p>Nenner Anzahl der Fälle, für die eine Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie als Kurzzeit- oder Langzeittherapie im Einzelsetting durch eine Psychologische Psychotherapeutin / einen Psychologischen Psychotherapeuten oder eine ärztliche Psychotherapeutin / einen ärztlichen Psychotherapeuten abgerechnet wurde (Grundgesamtheit des QS-Verfahrens)</p>	Die exakte Syntax wird ermittelt, wenn die Daten vorliegen.
432517	QS-Daten	<p>Zähler Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen</p>	Die exakte Syntax wird ermittelt, wenn die Daten vorliegen.

ID	Daten-Quelle	Rechenregel	Erläuterung der Rechenregel
		<p>im Therapieverlauf die für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen und das Erreichen der patientenindividuellen Therapieziele überprüft wurden</p> <p>Nenner Anzahl der Fälle, für die eine Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie als Kurzzeit- oder Langzeittherapie im Einzelsetting durch eine Psychologische Psychotherapeutin / einen Psychologischen Psychotherapeuten oder eine ärztliche Psychotherapeutin / einen ärztlichen Psychotherapeuten abgerechnet wurde (Grundgesamtheit des QS-Verfahrens)</p>	
432520	QS-Daten	<p>Zähler Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen im Therapieverlauf die für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen und das Erreichen der patientenindividuellen Therapieziele überprüft wurden</p> <p>Nenner Anzahl der Fälle, für die eine Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie als Kurzzeit- oder Langzeittherapie im Einzelsetting durch eine Psychologische Psychotherapeutin / einen Psychologischen Psychotherapeuten oder eine ärztliche Psychotherapeutin / einen ärztlichen Psychotherapeuten abgerechnet wurde (Grundgesamtheit des QS-Verfahrens)</p>	Die exakte Syntax wird ermittelt, wenn die Daten vorliegen.
432519	QS-Daten	<p>Zähler Anzahl der Fälle, in denen sich die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut zum Zwecke der Behandlungsplanung und -koordination mit anderen an der Behandlung der Patientin / des Patienten Beteiligten ausgetauscht hat</p> <p>Nenner Anzahl der Fälle, in denen andere ärztliche und/oder nicht-ärztliche Leistungserbringer an der Behandlung der Patientin / des Patienten beteiligt waren</p>	Die exakte Syntax wird ermittelt, wenn die Daten vorliegen.
432521	QS-Daten	<p>Zähler Anzahl der Fälle, für die in der Abschlussphase der Therapie abgeklärt wurde, ob nach Therapiebeendigung eine Rezidivprophylaxe oder andere Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses erforderlich sind</p> <p>Nenner Anzahl der Fälle, in denen die Notwendigkeit anschließender Maßnahmen besteht, um das Behandlungsergebnis abzusichern</p>	Die exakte Syntax wird ermittelt, wenn die Daten vorliegen.
432522	QS-Daten	<p>Zähler Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen in der Abschlussphase der Therapie das Ergebnis in den für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen und das Erreichen der patientenindividuellen Therapieziele erhoben wurde</p> <p>Nenner Anzahl der Fälle, für die eine Psychotherapie</p>	Die exakte Syntax wird ermittelt, wenn die Daten vorliegen.

ID	Daten-Quelle	Rechenregel	Erläuterung der Rechenregel
		gemäß PsychotherapieRichtlinie als Kurzzeit- oder Langzeittherapie im Einzelsetting durch eine Psychologische Psychotherapeutin / einen Psychologischen Psychotherapeuten oder eine ärztliche Psychotherapeutin / einen ärztlichen Psychotherapeuten abgerechnet wurde (Grundgesamtheit des QS-Verfahrens)	

Tabelle 2: Formeln (R-Syntax)

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_ThGesprVorgehen_reskaliert	Bitte ergänzen	Aus den zwei Antwortkategorien „Ja“ und „Nein“ werden vier Antwortkategorien mit den Labels „Ja“, „Eher ja“, „Eher nein“ und „Nein“ erstellt	THGESPRVORGEHEN[THGESPRVORGEHEN %<% 0] <- NA ifelse(THGESPRVORGEHEN %==% 1, 3, 0)
fn_PatZustand_bedingt	Bitte ergänzen	Die verwendeten Funktionen dienen zur korrekten Interpretation der mittleren Antwortkategorie („unverändert“). Es ist der Einbezug der patientenindividuelle Erkrankungsschwere vor Beginn der Psychotherapie für eine angemessene Skalierung der Antwortkategorien notwendig. Für Patientinnen und Patienten, die vor Beginn der Psychotherapie schwerer psychisch erkrankt waren und keine Veränderung ihres Zustands durch die Psychotherapie erfahren haben, spiegelt die mittlere Antwortkategorie eine schlechte Qualität wider. Für Patientinnen und Patienten, die vor Beginn der Psychotherapie leichter psychisch erkrankt waren und keine Veränderung ihres Zustands erfahren haben, spiegelt die mittlere Antwortkategorie eine mittelmäßige Qualität wider	PATBELVOR[PATBELVOR %<% 0] <- NA PATZUSTAND[PATZUSTAND %<% 0] <- NA ifelse(PATZUSTAND %==% 2 & PATBELVOR %in% c(3, 4), 1, PATZUSTAND)
fn_PatVeraendBeziehung_bedingt		Die verwendeten Funktionen dienen zur korrekten Interpretation der mittleren Antwortkategorie („unverändert“). Es ist der Einbezug der patientenindividuelle Erkrankungsschwere vor Beginn der Psychotherapie für eine angemessene Skalierung der Antwortkategorien notwendig. Für Patientinnen und Patienten, die vor Beginn der Psychotherapie schwerer psychisch erkrankt waren und keine Veränderung in ihrer Beziehung durch die Psychotherapie erfahren haben, spiegelt die mittlere Antwortkategorie eine schlechte Qualität wider. Für Patientinnen und Patienten, die vor Beginn der Psychotherapie leichter psychisch erkrankt waren und keine Veränderung in ihrer Beziehung erfahren haben, spiegelt die mittlere Antwortkategorie eine mittelmäßige Qualität wider.	PATBELVOR[PATBELVOR %<% 0] <- NA PATVERAENDBEZIEHUNG[PATVERAENDBEZIEHUNG %<% 0] <- NA ifelse(PATVERAENDBEZIEHUNG %==% 2 & PATBELVOR %in% c(3, 4), 1, PATVERAENDBEZIEHUNG)

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_PatVeraendFreizeit_bedingt		Die verwendeten Funktionen dienen zur korrekten Interpretation der mittleren Antwortkategorie („unverändert“). Es ist der Einbezug der patientenindividuelle Erkrankungsschwere vor Beginn der Psychotherapie für eine angemessene Skalierung der Antwortkategorien notwendig. Für Patientinnen und Patienten, die vor Beginn der Psychotherapie schwerer psychisch erkrankt waren und keine Veränderung in ihrer Freizeitgestaltung durch die Psychotherapie erfahren haben, spiegelt die mittlere Antwortkategorie eine schlechte Qualität wider. Für Patientinnen und Patienten, die vor Beginn der Psychotherapie leichter psychisch erkrankt waren und keine Veränderung in ihrer Freizeitgestaltung erfahren haben, spiegelt die mittlere Antwortkategorie eine mittelmäßige Qualität wider.	PATBELVOR[PATBELVOR %<% 0] <- NA PATVERAENDFREIZEIT[PATVERAENDFREIZEIT %<% 0] <- NA ifelse(PATVERAENDFREIZEIT %==% 2 & PATBELVOR %in% c(3, 4), 1, PATVERAENDFREIZEIT)
fn_PatVeraendArbeit_bedingt		Die verwendeten Funktionen dienen zur korrekten Interpretation der mittleren Antwortkategorie („unverändert“). Es ist der Einbezug der patientenindividuelle Erkrankungsschwere vor Beginn der Psychotherapie für eine angemessene Skalierung der Antwortkategorien notwendig. Für Patientinnen und Patienten, die vor Beginn der Psychotherapie schwerer psychisch erkrankt waren und keine Veränderung in ihrer Arbeit durch die Psychotherapie erfahren haben, spiegelt die mittlere Antwortkategorie eine schlechte Qualität wider. Für Patientinnen und Patienten, die vor Beginn der Psychotherapie leichter psychisch erkrankt waren und keine Veränderung in ihrer Arbeit erfahren haben, spiegelt die mittlere Antwortkategorie eine mittelmäßige Qualität wider.	PATBELVOR[PATBELVOR %<% 0] <- NA PATVERAENDARBEIT[PATVERAENDARBEIT %<% 0] <- NA IFELSE(PATVERAENDARBEIT %==% 2 & PATBELVOR %IN% C(3, 4), 1, PATVERAENDARBEIT)
fn_PatVeraendAlltag_bedingt		Die verwendeten Funktionen dienen zur korrekten Interpretation der mittleren Antwortkategorie („unverändert“). Es ist der Einbezug der patientenindividuelle Erkrankungsschwere vor Beginn der Psychotherapie für eine angemessene Skalierung der Antwortkategorien notwendig. Für Patientinnen und Patienten, die vor Beginn der Psychotherapie schwerer psychisch erkrankt waren und keine Veränderung in ihrem Alltag durch die Psychotherapie erfahren haben, spiegelt die mittlere Antwortkategorie eine schlechte Qualität wider. Für Patientinnen und Patienten, die vor Beginn der Psychotherapie leichter psychisch erkrankt waren und keine Veränderung in ihrem Alltag erfahren haben, spiegelt die mittlere Antwortkategorie eine mittelmäßige Qualität wider.	PATBELVOR[PATBELVOR %<% 0] <- NA PATVERAENDALLTAG[PATVERAENDALLTAG %<% 0] <- NA IFELSE(PATVERAENDALLTAG %==% 2 & PATBELVOR %IN% C(3, 4), 1, PATVERAENDALLTAG)
fn_PatVeraendWohlbef_bedingt		Die verwendeten Funktionen dienen zur korrekten Interpretation der mittleren Antwortkategorie („unverändert“). Es ist der Einbezug der patientenindividuelle	PATBELVOR[PATBELVOR %<% 0] <- NA PATVERAENDWOHLBEF[PATVERAENDWOHLBEF %<% 0] <- NA IFELSE(PATVERAENDWOHLBEF %==% 2 & PATBELVOR %IN% C(3, 4), 1, PATVERAENDWOHLBEF)

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
		Erkrankungsschwere vor Beginn der Psychotherapie für eine angemessene Skalierung der Antwortkategorien notwendig. Für Patientinnen und Patienten, die vor Beginn der Psychotherapie schwerer psychisch erkrankt waren und keine Veränderung in ihrem allgemeinen Wohlbefinden durch die Psychotherapie erfahren haben, spiegelt die mittlere Antwortkategorie eine schlechte Qualität wider. Für Patientinnen und Patienten, die vor Beginn der Psychotherapie leichter psychisch erkrankt waren und keine Veränderung in ihrem allgemeinen Wohlbefinden erfahren haben, spiegelt die mittlere Antwortkategorie eine mittelmäßige Qualität wider.	
fn_PatVeraendSelbstwert_bedingt		Die verwendeten Funktionen dienen zur korrekten Interpretation der mittleren Antwortkategorie („unverändert“). Es ist der Einbezug der patientenindividuelle Erkrankungsschwere vor Beginn der Psychotherapie für eine angemessene Skalierung der Antwortkategorien notwendig. Für Patientinnen und Patienten, die vor Beginn der Psychotherapie schwerer psychisch erkrankt waren und keine Veränderung in ihrem Selbstwert durch die Psychotherapie erfahren haben, spiegelt die mittlere Antwortkategorie eine schlechte Qualität wider. Für Patientinnen und Patienten, die vor Beginn der Psychotherapie leichter psychisch erkrankt waren und keine Veränderung in ihrem Selbstwert erfahren haben, spiegelt die mittlere Antwortkategorie eine mittelmäßige Qualität wider.	PATBELVOR[PATBELVOR %<% 0] <- NA PATVERAENDSELBSTWERT[PATVERAENDSELBSTWERT %<% 0] <- NA IFELSE(PATVERAENDSELBSTWERT %==% 2 & PATBELVOR %IN% C(3, 4), 1, PATVERAENDSELBSTWERT)
fn_PatVeraendVergang_bedingt		Die verwendeten Funktionen dienen zur korrekten Interpretation der mittleren Antwortkategorie („unverändert“). Es ist der Einbezug der patientenindividuelle Erkrankungsschwere vor Beginn der Psychotherapie für eine angemessene Skalierung der Antwortkategorien notwendig. Für Patientinnen und Patienten, die vor Beginn der Psychotherapie schwerer psychisch erkrankt waren und keine Veränderung in ihrer Vergangenheitsbewältigung durch die Psychotherapie erfahren haben, spiegelt die mittlere Antwortkategorie eine schlechte Qualität wider. Für Patientinnen und Patienten, die vor Beginn der Psychotherapie leichter psychisch erkrankt waren und keine Veränderung in ihrer Vergangenheitsbewältigung erfahren haben, spiegelt die mittlere Antwortkategorie eine mittelmäßige Qualität wider.	PATBELVOR[PATBELVOR %<% 0] <- NA PATVERAENDVERGANG[PATVERAENDVERGANG %<% 0] <- NA IFELSE(PATVERAENDVERGANG %==% 2 & PATBELVOR %IN% C(3, 4), 1, PATVERAENDVERGANG)