

Anlage 17 Anhang 9

Qualitätsindikatoren Modul Psychotherapie

Grundlagen

Qualitätsindikatoren sind nach dem IQTIG *quantitative Größen zur Messung von Qualitätsmerkmalen* (z.B. Behandlungskontinuität) und beschreiben den Grad der Erfüllung konkreter Qualitätsanforderungen (vgl. IQTIG, 2022).

Als eine Grundlage zur Messung und Beurteilung der Versorgungsqualität im Modul Psychotherapie des PNP-Vertrags werden Qualitätsindikatoren definiert und regelmäßig bestimmt.

Es werden solche Qualitätsindikatoren ausgewählt, die sich von wesentlichen Versorgungszielen des Moduls Psychotherapie ableiten und welche mit relevanten Patientenoutcomes in Zusammenhang stehen. Wenn vorhanden und methodisch möglich, wird dabei auf evidenzbasierte Qualitätsindikatoren zurückgegriffen, welche an die Zielsetzungen und Gegebenheiten des Selektivvertrags angepasst werden. Dies geschieht unter wissenschaftlich-methodischer Begleitung durch das Institut für Allgemeinmedizin, Arbeitsbereich Qualitätsförderung und Versorgungsepidemiologie, der Universität Frankfurt.

Eine wesentliche Einschränkung von Qualitätsindikatoren, die sich auf Sekundärdaten stützen, ist eine Beschränkung auf durch Abrechnungsdaten erfassbare Qualitätsmerkmale. Nicht direkt erfassbar sind dadurch u.a. patientenbezogene klinische Outcomes wie z.B. eine Verbesserung der Symptomatik oder Lebensqualität. Auch das Qualitätsmerkmal Wartezeit/Zugang zu Psychotherapie ist nur eingeschränkt messbar (in einer nicht-repräsentativen Versichertenstichprobe schätzbar), weshalb dieses nicht als Qualitätsindikator aufgenommen wurde, obwohl der schnelle Zugang zur ambulanten Psychotherapie ein wichtiges Versorgungsziel im Modul Psychotherapie darstellt.

Qualitätsindikatoren bilden eine Grundlage für die gemeinsame Vertragsweiterentwicklung und bieten die Möglichkeit, die Entwicklungen intern und extern zu kommunizieren und zu diskutieren. Die Vertragspartner setzen sich zum Ziel, mindestens einmal jährlich die folgenden Qualitätsindikatoren auszuwerten und gemeinsam zu analysieren. Bei Bedarf sollen die Qualitätsindikatoren weiterentwickelt werden.

Literatur:

IQTIG (2022): Methodische Grundlagen, Version 2.0. Stand: 27.04.2022. Berlin: IQTIG. URL: [Methodische Grundlagen. Version 2.0 \(iqtig.org\)](https://www.iqtig.org/)

Qualitätsindikatoren

Die Vertragspartner verständigen sich unter Bezugnahme auf den aktuellen Stand evidenzbasierter Literatur und Leitlinien darauf, für die nachfolgenden Bereiche Qualitätsindikatoren zu vereinbaren.

In der Folge werden für jeden Qualitätsindikator der wissenschaftliche Hintergrund, die Qualitätsziele und die Operationalisierung des Indikators aufgeführt. Dabei werden die für die Berechnung und Auswertung der Indikatoren zu verwendenden Daten, Kriterien und

Parameter benannt. Soweit sich während der Betrachtungszeiträume Veränderungen ergeben, die Auswirkungen auf die Bewertung der Qualitätsziele haben, werden diese berücksichtigt, auch können Erfahrungen/Erkenntnisse aus der Umsetzung dieses Vertrags berücksichtigt werden. Entsprechend den Weiterentwicklungen des Vertrages ist auch eine Hinzunahme weiterer oder Veränderung von bestehenden Qualitätsindikatoren im Verlauf nach gemeinsamer Verständigung unter den Vertragspartnern möglich.

1. Intensität der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung

Wissenschaftliche Evidenz

Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass eine höherfrequente, intensivierete Psychotherapie - insbesondere bei depressiven Störungen - mit einer größeren Effektivität der Psychotherapie einhergeht.

So fand eine Meta-Regressionsanalyse 2013 bezüglich der Versorgung von Patienten mit Depression (1) einen starken Zusammenhang zwischen der Anzahl der Behandlungskontakte pro Woche und der Effektgröße. Wenn zwei anstatt einer Behandlungssitzungen pro Woche erfolgten, ohne die Gesamtzahl der Kontakte zu erhöhen, erhöhte sich die Effektgröße (Hedges' g) um 0,45, was einen moderaten Effekt darstellt.

Des Weiteren hat eine Meta-analyse (2) bezüglich Effektivität und Durchführbarkeit einer intensivierten KVT gegenüber der Regelversorgung für Patienten mit Angststörungen oder Zwangsstörungen gezeigt, dass eine intensivierete Psychotherapie zu einer signifikanten Verbesserung von depressiven Symptomen, jedoch nicht von Angst- oder Zwangssymptomen führte.

Zielsetzung

Im Modul Psychotherapie wird eine zeitnahe Psychotherapie für akute Störungsbilder gefördert. Die Häufigkeit der Psychotherapie-Einheiten (Intensität) und Dauer der Therapie-Serie kann flexibel auf die individuellen Bedürfnisse angepasst werden.

Ziel ist die Überprüfung der Annahme, dass eine intensivierete psychotherapeutische Behandlung insbesondere bei Depressionen mit verbesserten Therapie-Outcomes wie verminderter Hospitalisierung und Reduktion von Arbeitsunfähigkeit sowie ggfs. mit einer niedrigeren Gesamttherapiedauer in Zusammenhang steht.

Operationalisierung

Indikator	Berechnung
<p>1.) Intensität der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung</p> <p>Anzahl/Anteil der Krankheitsfälle</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mehr als 500 Minuten Psychotherapie innerhalb von 3 Monaten ab Therapiebeginn - Weniger als 500 Minuten Psychotherapie innerhalb von drei Monaten ab Therapiebeginn <p>Bei Versicherten mit Depression, da hier beste Evidenz</p>	<p><u>Einschlusskriterien:</u> Inzidente fachärztliche /psychotherapeutische Depressionsdiagnose (F32.1, F32.2, F32.3, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3, F33.4)</p> <p><u>Ausschlusskriterien:</u> < 700 Therapie-minuten im Krankheitsfall; fachärztliche /psychotherapeutische (Depressions-) diagnose innerhalb der letzten 2 Jahre</p> <p><u>Beobachtungszeitraum:</u> 1Jahr / 3 Monate; startet individuell mit Beginn der Therapieserie</p> <p><u>Zähler:</u> Krankheitsfälle mit > 500 min innerhalb von 3 Monaten</p> <p><u>Nenner:</u> Fälle mit > 700 Therapie-minuten im Krankheitsfall (1J)</p> <p><u>Gruppenvergleich:</u></p> <p><u>SV-Gruppe:</u> alle im Facharztprogramm eingeschriebenen Versicherten, welche innerhalb des Beobachtungsjahres mind. eine PT-SV-Leistung in Anspruch genommen haben</p> <p><u>RV-Gruppe:</u> alle nicht eingeschriebenen Versicherten, die keine PT-SV-Leistung in Anspruch genommen haben</p>

	<p><u>Ziel:</u> Jährliche Berechnung; Deskriptiv zur Darstellung eines Trends und Vergleich SV mit RV, Vergleich der Untergruppen ggfs. bzgl. AU, Hospitalisierung, Gesamttherapiedauer nach Abschluss der PT-Serie (z.B. 6, 12, 18 und 24 Monate nach Therapiebeginn); kein Zielwert</p>
--	---

Literatur

1. Pim Cuijpers, Marcus Huibers, David Daniel Ebert, Sander L. Koole, Gerhard Andersson. How much psychotherapy is needed to treat depression? A metaregression analysis. Journal of Affective Disorders, Volume 149, Issues 1–3, 2013, Pages 1-13. ISSN 0165-0327. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.02.030>.
2. Karin C.P. Remmerswaal, Luuk Lans, Adrie Seldenrijk, Adriaan W. Hoogendoorn, Anton J.L.M. van Balkom, Neeltje M. Batelaan. Effectiveness and feasibility of intensive versus regular cognitive behaviour therapy in patients with anxiety and obsessive-compulsive disorders: A meta-analysis. Journal of Affective Disorders Reports, Volume 6, 2021, 100267, ISSN 2666-

2. Zeitnahe Anschlussbehandlung nach stationärem Aufenthalt

Wissenschaftliche Evidenz

Nationale (3) und internationale (4–8) Leitlinien bzw. evidenzbasierte Qualitätsindikatoren empfehlen eine rechtzeitige ambulante Nachsorge nach einem psychiatrischen Krankenhausaufenthalt zur Stabilisierung des Therapieerfolgs sowie zur Rückfallprophylaxe. Bei dokumentierter Suizidalität wird eine Anschlussbehandlung innerhalb 7 Tagen empfohlen (3). Laut mehreren Studien kann die rechtzeitige Nachsorge der Patienten nach einem psychiatrischen Krankenhausaufenthalt klinische Ergebnisse verbessern, die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Krankenhauseinweisung verringern und die Gesamtkosten der ambulanten Versorgung senken (9-12).

Zielsetzung

Ziel ist es, in dieser Patienten-Gruppe eine zeitnahe psychotherapeutische Anschlussbehandlung innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung zu fördern. Dadurch sollte die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls bzw. einer erneuten Krankenhauseinweisung verringert werden.

Operationalisierung

2a) Indikator zeitnahe Anschlussbehandlung nach stationärem Aufenthalt	Berechnung
Anteil an teil-/stationär behandelten Versicherten (Aufenthalt in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtung (Krankenhaus oder Rehabilitationseinrichtung)), welche eine psychotherapeutische Anschlussbehandlung innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung erhalten haben	<p><u>Einschlusskriterien:</u> Eingeschriebene Versicherte mit Diagnose aus ICD-10-Kapitel V (F) teil-/stationäre Entlassdiagnose). <u>Beobachtungszeitraum:</u> ab dem stationären Entlasstag 30 Tage <u>Zähler:</u> a) Anzahl der ambulanten psychotherapeutischen <u>Kontakte</u> nach einer teil-/stationären Behandlung wegen einer Diagnose aus ICD-10-Kapitel V (F) innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung.</p>

	<p>b) Anzahl <u>Versicherter</u> mit Kontakt entsprechend a).</p> <p><u>Nenner:</u> Anzahl der Personen, die aufgrund Diagnose aus ICD-10-Kapitel V (F)stationär behandelt wurden</p> <p><u>Gruppenvergleich:</u> <u>SV-Gruppe:</u> alle in den PNP-Vertrag eingeschriebenen Versicherten, welche innerhalb des Beobachtungsjahres mind. eine PT-SV-Leistung in Anspruch genommen haben <u>RV-Gruppe:</u> alle nicht eingeschriebenen Versicherten, die keine PT-SV-Leistung in Anspruch genommen haben</p> <p><u>Ziel:</u> Erhöhung des Anteils stationär behandelter Versicherter, welche eine zeitnahe Anschlussbehandlung erhalten</p>
<p>2b) Indikator zeitnahe Anschlussbehandlung nach stationärem Aufenthalt – bei Neupatienten</p>	<p>Berechnung</p>
<p>Anteil an teil-/stationär behandelten Versicherten (Aufenthalt in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtung (Krankenhaus oder Rehabilitationseinrichtung)), welche eine psychotherapeutische Anschlussbehandlung innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung erhalten haben und nur bei Patienten, die vor der teil-/stationären Entlassung keine ambulante Psychotherapie bei einem Psychotherapeuten erhalten haben (nur „Neupatienten“),</p>	<p>Analog 2a</p> <p>Ergänzung: Berücksichtigt werden nur Patienten, die vor der teil-/stationären Entlassung keine ambulante Psychotherapie bei einem Psychotherapeuten erhalten haben („Neupatienten“),</p>

Literatur

3. Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie e.V., Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker, Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V., Bundespsychotherapeutenkammer, Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. et al. Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung: Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2022.
4. NICE. Depression in adults: treatment and management (NG222) 2022.
5. NICE. Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings NICE guideline [NG53] 2016.
6. Malhi GS, Bell E, Bassett D, Boyce P, Bryant R, Hazell P et al. The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. Aust N Z J Psychiatry 2021; 55(1):7–117. doi: 10.1177/0004867420979353.
7. Richard Hermann, Soeren Mattke and the Members. Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries 2004.
8. National Committee for Quality Assurance (NCQA). HEDIS Measures and Technical Resources 2023.
9. Berekatani M, Maracy MR, Rajabi F, Baratian H. (2014). Aftercare services for patients with severe mental disorder: A randomized controlled trial. J Res Med Sci. 19(3):240-5.
10. Christopher A. Beadles, M.D., Ph.D., Alan R. Ellis, Ph.D., M.S.W., Jesse C. Lichstein, Ph.D., Joel F. Farley, Ph.D., Carlos T. Jackson, Ph.D., Joseph P. Morrissey, Ph.D., Marisa Elena Domino,

- Ph.D. First Outpatient Follow-Up After Psychiatric Hospitalization: Does One Size Fit All? Psychiatric Services 66(4) <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400081>
11. I. Lin, E. Muser, M. Munsell, J. Menzin. Outpatient Follow-Up Visits After Hospital Discharge for Mental Illness and Implications for re-admission. Value in Health 18 (3) 2015 <https://doi.org/10.1016/j.jval.2015.03.1614>
12. Yasuyuki Okumura, Naoya Sugiyama, Toshie Noda. Timely follow-up visits after psychiatric hospitalization and readmission in schizophrenia and bipolar disorder in Japan. Psychiatry Research, Volume 270, 2018, Pages 490-495, ISSN 0165-1781. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.020>.

3. Inanspruchnahme von Gruppenpsychotherapie

Wissenschaftliche Evidenz

Anhand der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz auf der Basis von Metaanalysen ist davon auszugehen, dass die Gruppenpsychotherapie für viele Störungsbilder eine ebenso wirksame Psychotherapieform wie die Einzelpsychotherapie darstellt (13,14). Dabei bestehen hinsichtlich der Akzeptanz, Remissions-, Besserungs- und Abbruchraten keine Unterschiede.

Aufgrund von diversen Hemmnissen seitens der Patienten wie auch der Psychotherapeutenmacht Gruppenpsychotherapie trotz leichter Zunahme derzeit jedoch nur einen kleinen Anteil (ca. 4%) der Versorgung aus (15).

Zielsetzung

Die Teilnahme an Gruppenpsychotherapie soll bei gegebener Indikation gefördert werden. Ziel ist es daher, den Anteil von Versicherten, welche Gruppentherapie in Anspruch nehmen, zu erhöhen, sowie auch den Anteil an Gruppenpsychotherapie im Verhältnis zu Einzelpsychotherapie zu erhöhen, da es sich um eine wirksame und kosteneffiziente Therapieform handelt.

Operationalisierung

3.) Indikator Inanspruchnahme von Gruppenpsychotherapie	Berechnung
a) Anteil an Versicherten mit abgerechneten Gruppentherapien b) Anteil (in Therapieminuten) der abgerechneten Gruppentherapien und Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme	<u>Einschlusskriterien:</u> Versicherte mit <u>Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistung:</u> RV, PNP-Modul Psychotherapie <u>Ausschlusskriterien:</u> nur Inanspruchnahme PT-Sprechstunde der RV oder nur 1 PTE-Einheit im SV <u>Beobachtungszeitraum:</u> Kalenderjahr <u>Zu a)</u> <u>Zähler:</u> Anzahl Versicherte mit mindestens einer Therapieeinheit gruppentherapeut. Grundversorgung bzw. Gruppenpsychotherapie in RV bzw. SV <u>Nenner:</u> Anzahl Versicherte mit mindestens einer Einheit Einzel- und/ oder Gruppentherapie in RV bzw. SV

	<p><u>Zu b)</u> <u>Zähler:</u> Therapieminuten gruppentherapeut. Grundversorgung bzw. Gruppenpsychotherapie in SV (PT6, PTE6A, PTE7, PTE7A, PTA1, PTPTA1A, PTA2, PTA2A) bzw. in RV (analoge EBM-Ziffern) <u>Nenner:</u> Anzahl Gesamttherapieminuten Einzel- und Gruppentherapie in RV bzw. SV</p> <p>Jährliche Berechnung</p> <p><u>Ziel:</u> Erhöhung der Anzahl Versicherter, welche eine gruppentherapeutische Grundversorgung oder Gruppen-PT erhalten; Erhöhung des Anteils von Gruppenpsychotherapie an allen Psychotherapieleistungen</p>
--	---

Literatur:

13. Burlingame, G. M., Seebeck, J. D., Janis, R. A., Whitcomb, K. E., Barkowski, S., Rosendahl, J., & Strauss, B. Outcome differences between individual and group formats when identical and nonidentical treatments, patients, and doses are compared: A 25-year meta-analytic perspective. *Psychotherapy*, 2016, 53(4), 446–461. <https://doi.org/10.1037/pst0000090>
14. Strauß, Bernhard. Evidenz der Gruppenpsychotherapie–aktuelle Ergebnisse. *PiD-Psychotherapie im Dialog*, 2020, 21. Jg., Nr. 02, S. 17-23.
15. Gemeinsamer Bundesausschuss, Unterausschuss Psychotherapie (2021): Evaluation der Regelung zur Veränderung der Gruppengröße gemäß § 42 Absatz 3 der Psychotherapie-Richtlinie. https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5104/2016-06-16_2016-11-24_PT-RL_Aenderung_Strukturereform-amb-PT_konsolidiert_Evaluation.pdf abgerufen am 28.03.2024