

Möglichkeiten und Grenzen datengestützter Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie

Prof. Dr. Cord Benecke
Dr. Matthias Volz

Übersicht

- 1. Das Konzept der Qualitätssicherung (QS) im aktuellen Entwurf des IQTIG – Lediglich messen oder auch verbessern?**
- 2. Besonderheiten bei ambulanter Psychotherapie: Welche Möglichkeiten und Grenzen ergeben sich daraus für QS-Systeme?**
- 3. Aktuelle Umsetzung von QS-Systemen aus der Profession heraus (u.a. am Beispiel QVA/QSP-Projekt)**

Interessenkonflikt der Autoren: Ausgründung der Projekte aus der Uni Kassel in das Institut für Qualitätssicherung in der Psychotherapie (QSP-Institut GmbH)

1 Das Qualitätssicherungskonzept des IQTIG

Hintergrund:

- Beauftragung des IQTIG durch den G-BA zur Entwicklung von **QS-Verfahren**.

IQTIG Methodenpapier Version 2.0 (2021); Kapitel 2.ff

Maßgeblich für die Definition **Qualitätssicherung** (DIN ISO 9000):

- „Teil des Qualitätsmanagements, der auf das Erzeugen von Vertrauen gerichtet ist, dass Qualitätsanforderungen erfüllt werden.“
- IQTIG: „Qualitätssicherung nach dieser Definition meint im Wesentlichen die **Messung und Darlegung** von Qualität“ (S.27)

Aber: „[...] das IQTIG fasst den Begriff der Qualitätssicherung [...] **weiter als die DIN EN ISO 9000** und versteht darunter die **Gesamtheit der Aufgaben und Maßnahmen**, durch die die Qualität [...] gemessen, dargestellt und gesteigert werden soll.“ (S.28)

→ Nicht nur Messung, sondern auch **Verbesserung** (Vorgabe G-BA)

1 Das Qualitätssicherungskonzept des IQTIG

Wie kann Qualitätssicherung zur **Verbesserung** beitragen?

1. Prospektiv:

- Alle [...] Maßnahmen, die vorbereitend, begleitend [...] der Schaffung und Erhaltung einer definierten [...] Qualität [...] dienen.“ (z.B. Aisch, 2004; Voigt, 2023) (Hervorhebungen durch die Autoren)
- Verbesserung kann also bereits vor und während einer Psychotherapie greifen

2. Retrospektiv (ISO 9000: Messung und Darlegung):

- „dient dazu, die Qualität [...] durch Prüfung [...] zu gewährleisten und Störungen [...] beseitigen.“
- Verbesserung durch Feedback nach der Therapie mit Info, wo der „Fehler“ lag.

Das IQTIG-System misst zwar retrospektiv (eine Art von) Qualität, aber liefert bislang (zu) wenige Anhaltspunkte zur Verbesserung.

Übersicht

1. Das Konzept der Qualitätssicherung (QS) im aktuellen Entwurf des IQTIG - Nur messen oder auch verbessern?
2. **Besonderheiten bei ambulanter Psychotherapie: Welche Möglichkeiten und Grenzen ergeben sich daraus für QS-Systeme?**
3. Aktuelle Umsetzung von QS-Systemen aus der Profession heraus (u.a. am Beispiel QVA/QSP-Projekt)

Interessenkonflikt der Autoren: Ausgründung des QS-Systems aus der Universität Kassel in das Institut für Qualitätssicherung in der Psychotherapie GmbH

2 Datengestützte QS und ambulante Psychotherapie

Besonderheiten ambulanter Psychotherapie:

Vor der Therapie....

- (1) **Indikationsstellung** und **Vermittlung** relativ komplex und wenig untersucht

Während der Therapie...

- (2) Es ist eine Messung der Qualität **während der Behandlung** möglich!
Heißt: QS kann **begleitend** erfolgen (Problemfälle erkennen)

Nach der Therapie....

- (3) Feedback sollte **Risikoadjustierung** (da sonst negative Lenkungswirkung) enthalten und eine **Fehleridentifikation** ermöglichen („Wo lief etwas schief“)

Was sind daraus folgende Möglichkeiten datengestützter QS-Systeme?

3 Möglichkeiten datengestützter QS in der Praxis

Vor der Therapie....

- (1) **Indikationsstellung** und Vermittlung relativ komplex und wenig untersucht

Ansatzmöglichkeit: Automatisierte Bereitstellung hilfreicher (klinischer) Daten für den:die Therapeut:in für Diagnostik & Indikation

- Oder anders: **Jegliche** Form von (psychometrischer) Basisdokumentation
- Als Standard u.a. enthalten in (Auswahl):
 - KLINDO (klindo.de)
 - Trier Treatment Navigator (z.B. Lutz et al., 2019; 2020)
 - QVA/QSP-Projekt (Benecke & Volz, 2023)
 -u.v.m. sowie 40 Jahre Forschung zu PROMs....

Die Durchführung standardisierter Testverfahren wird im IQTIG-System lediglich als Prozessindikator (ob es gemacht wurde) gemessen. Die Möglichkeit zur Verbesserung der Qualität ist nicht integriert.

3 Möglichkeiten datengestützter QS in der Praxis

Am Beispiel QVA/QSP:

- Erfassung relevanter Patientenmerkmale vor Ersttermin
- **Automatische** Aufbereitung der klinischen Daten für die psychotherapeutische Praxis/Ambulanz
- Dient als **zusätzliche Informationsquelle** für die Diagnostik und Indikationsstellung

In anderen QS-Systemen z.B. auch:

- Individuelle Therapieempfehlung
- Variierbare Testverfahren pro Fall
- Automatische Dokumentationsfunktion (-> wenig Zusatzaufwand)

Alle Ansätze haben gemeinsames Ziel: **Unterstützung bereits zu Beginn der Therapie als Teil der QS.**

- 1 -

Basiserhebung Patient:in		QVA-Projekt: Auswertung Diagnostik	
Patient: Testpatient:in	Schulabschluss: Mittlere Reife	Familienstand: ledig	
Geschlecht: divers	Berufsausschluss: Berufsausschl. 2-3 Jahre	Anzahl Kinder: 2	
Geburtsdatum: 1989-01-01	Beschäftigungsverh.: arbeitsuchend	Pers. im Haushalt: 2	
ICD-10 Diagnosen: F32.2, F61	Rentenbezug: Nein	Staatsangehörigkeit: deutsch	
Datum Diagnostik: 2022-02-07	Wohnsituation: mit Partner:in & Kind(ern)	Muttersprache: deutsch	

PHQ - Patient Health Questionnaire:

Verdacht auf:	Antwort
Somatoformes Syndrom (F45.0; F45.1; F45.3)	NEIN
Major Depressives Syndrom (F32.0; F32.1; F32.2; F33.0; F33.1)	JA
Anderes Depressive Syndrome (F32.9; F33.9; F34.1)	NEIN
Paniksyndrom (F41.0; F40.01)	NEIN
Anderes Angstsyndrome (F41.1; F40.09)	NEIN
Bulimia nervosa (F50.2)	NEIN
Binge-Eating Störung / Essstörung (F50.9)	NEIN
Alkoholsyndrom (F10.1; F10.2)	NEIN

PHQ Schweregrad

- minimal (0-5)
- leicht (6-10)
- mittel (11-15)
- hoch (>15)

Sutzialität: Patient berichtet an einzelnen Tagen über Suizidalität.
Größte Belastung (optionaler Selbstbericht): *Belastung in Familie und Arbeitsplatz*

IIP - Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme:

Oktant:	Skala:	Mittelwert:
PA (90°)	zu autokratisch/dominant	1.0
BC (135°)	zu streitsüchtig/konkurrierend	0.5
DE (180°)	zu abwesend/kalt	2.5
FG (225°)	zu introvertiert/sozial vermeidend	2.25
HI (270°)	zu selbstunsicher/unterwürfig	3.0
JK (315°)	zu ausnutzbar/nachgiebig	3.25
LM (0°)	zu fürsorglich/freundlich	2.5
NO (45°)	zu expressiv/aufdringlich	1.5
Gesamtmittelwert IIP		2.06

Der Gesamtmittelwert befindet sich **über dem Normbereich** (1.33-1.37) einer nicht-klinischen Vergleichsstichprobe.
Hinweis: Höhere Werte bedeuten schwerere interpersonelle Probleme. Der Wertebereich liegt zwischen 0 - 4.

OPD-KF - OPD Konfliktfragebogen:

OPD Konflikt:	Passiv (MW):	Aktiv (MW):
K1: Autonomie vs. Abhängigkeit	2.4	0.75
K2: Unterwerfung vs. Kontrolle	1.0	1.86
K3: Versorgung vs. Autarkie	1.0	2.67
K4: Selbstwertkonflikt	2.25	0.4
K5: Schuldkonflikt	1.25	0.4
K6: Ödipal sexueller Konflikt	1.29	1.0
KD: Abgewehrte Konflikt- und Gefühlswahrnehmung	1.0	
Gesamtmittelwert passiver Modus		1.54
Gesamtmittelwert aktiver Modus		1.26

Hinweis: Höhere Werte bedeuten eine höhere konflikthafte Ausprägung. Der Wertebereich liegt zwischen 0 - 4.

OPD-SFK - Fragebogen zur Erfassung struktureller Defizite:

OPD Struktur:	Summenwert:	T-Wert:
Selbstwahrnehmung (SW)	8	70.7
Kontaktgestaltung (KG)	7	60.3
Beziehungsmodell (BM)	6	50.4
Gesamtsummenwert (TO)	21	61.1

Hinweis: Höhere Werte bedeuten eine höhere strukturelle Beeinträchtigung. Der Wertebereich liegt zwischen 0-48 (Gesamt) bzw. 0-16 (Subskalen). Es werden T-Werte (M=50, SD=10) dargestellt. Der graue Bereich entspricht dem Mittelwert und +1SD einer repräsentativen Bevölkerungstichprobe.

3 Möglichkeiten datengestützter QS in der Praxis

Während der Therapie....

- (2) Es ist eine Messung der Qualität **während der Behandlung** möglich!
Heißt: QS kann also **begleitend** erfolgen (Problemfälle erkennen)

Ansatzmöglichkeit: Durch automatisiertes Feedback während des Prozesses („Problemfälle erkennen“).

Standardmäßig enthalten in (Auswahl):

- KLINDO (klindo.de/)
- Trier Treatment Navigator (z.B. Lutz et al., 2019; 2020)
- QVA/QSP-Projekt (Benecke & Volz, 2023)
- PsychEQ / Infobox
- ...u.v.m...

Alle hier genannten QS-Systeme gehen über die bloße Verlaufsdokumentation hinaus, sondern ermöglichen ein aufbereitetes Feedback für die laufende Therapie („Verbessern“)

3 Möglichkeiten datengestützte QS in der Praxis

Am Beispiel QVA/QSP:

- Erfassung von **Verlaufsinstrumenten** alle 3 Monate während Therapie
- **Automatische** Aufbereitung inklusive Indikatoren zur einzelfallbasierten Veränderung (Reliable Change)
- Empfehlung Verlaufsdokumentation für Inter/Supervision zu nutzen

In anderen QS-Systemen z.B. auch:

- Session-by-session Erhebungen
- Monitoring Abbruch/Suizidrisiko
- Hilfestellungen zu verlaufsfördernden Interventionen
- Datengestützte Prädiktion für Verlauf

Alle haben gemeinsames Ziel:
Behandlungsanpassung durch klinisch nutzbares Feedback

-- 1 --

Verlaufsdagnostik T08 QVA-Projekt: Verlaufsdagnostik

Patient: Einzellaufend2 Therapiestatus: laufend **Verlaufsdagnostik (T08):** 2023-03-30
 Geschlecht: weiblich Setting (derzeit): Einzel **Basisdiagnostik (T00):** 2022-03-21
 Geburtsdatum: 2002-12-20 Therapiebeginn/Ende: 2022-05-01/

PHQ - Patient Health Questionnaire:

Patient-Innereinschätzung: Symptomlast	T06	Δ ¹	T07	Δ ¹	T08
Depressivität	4	↔	15	↔	6
Somatische Symptome	3	↔	13	↔	4
Ängstlichkeit	3	↔	8	↔	4
Psychosozialer Stress	9	↔	6	↔	3

¹Reliable Change (Veränderung Δ) zwischen den Messzeitpunkten: Bei farbigen Pfeilen liegt eine reliable, d.h. über den Messfehler (90% Sicherheitsniveau) hinaus gehende Veränderung vor. Farblegende: Grün: **Reliable Verbesserung**; Rot: **Reliable Verschlechterung**; Grau: keine reliable Veränderung.

Hinweis zur Einordnung des Schweregrads: 0-5 = minimal; 5-10 = leicht; 10-15 = mittel; > 15 = schwer.
Größte Belastung (optionaler Selbstbericht): *Momentan belastet mich meine Beziehung wieder sehr, sowie meine berufliche Situation. Aber durch die Therapie habe ich eine Perspektive.*

IIP - Interpersonale Probleme:

Oktant:	Pat. erlebt sich zu.:	T06	T07	T08
PA (90°)	autokratisch/domin.	1.5	0.5	0.5
BC (135°)	streitsücht./konkur.	0.0	0.5	1.25
DE (180°)	abweisend/kalt	1.5	1.0	2.5
FG (225°)	introv./sozial verm.	1.75	3.0	2.0
HI (270°)	selbstuns./unterw.	1.25	2.5	2.0
JK (315°)	ausnutz./nachgeh.	2.0	3.0	1.5
LM (0°)	fürsorgl./freundl.	3.0	2.75	0.25
NO (45°)	expressiv/aufdringl.	1.25	2.25	1.25
Gesamtwert Interpersonelle Probleme		1.53	1.94	1.41

Hinweis: Höhere Werte bedeuten schwerere interpersonelle Probleme. Der Wertebereich liegt zwischen 0 - 4.
Reliable Change (Veränderung) Δ¹: Für das Gesamtmaß sind Angaben zur reliablem Veränderung zwischen den Messzeitpunkten angezeigt.

OPD-SFK - Strukturelle Defizite nach OPD:

OPD Strukturdefizite: (In Klammern: T-Werte)	T06	Δ ¹	T07	Δ ¹	T08
Selbstwahrnehmung (SW)	2 (41.7)	↔	9 (56.1)	↔	3 (43.8)
Kontaktgestaltung (KG)	4 (42.8)	↔	15 (66.3)	↔	10 (55.6)
Beziehungsmodell (BM)	12 (56.8)	↔	13 (58.8)	↔	2 (37.6)
Gesamtwert strukturelle Defizite	18 (46.2)	↔	37 (65.3)	↔	15 (43.1)

Hinweis: Höhere Werte bedeuten ein höheres strukturelles Defizit. Der Wertebereich liegt zwischen 0-36 (Gesamt) bzw. 0-12 (Subskalen). Es werden T-Werte (M=50, SD=10) dargestellt. Der graue Bereich entspricht dem Mittelwert und +1SD einer klinischen Vergleichsstichprobe.
Reliable Change (Veränderung) Δ¹: Für jede Skala ist die Angabe zur reliablem Veränderung zwischen den Messzeitpunkten angezeigt.

3 Möglichkeiten datengestützte QS in der Praxis

Nach der Therapie....

- (3) Feedback sollte **Risikoadjustierung** (negativer Lenkungswirkung) enthalten und eine **Fehleridentifikation** ermöglichen („Wo genau lief etwas schief“)

Ansatzmöglichkeit: Risikoadjustiertes Feedback und Übersicht über Therapien zu (ähnlichen) Einrichtungen:

- Bislang häufig lokaler Vergleich mit eigenen Patienten.
- Angebot an Kooperationspartner im QVA/QSP-Projekt: Daten werden pseudonymisiert zum Vergleich zur Verfügung gestellt.
-

Die zentrale Frage der Risikoadjustierung wird derzeit in vielen Projekten intensiv beforscht und untersucht.

3 Möglichkeiten datengestützte QS in der Praxis

Am Beispiel QVA/QSP:

- Katamnese über 8 Jahre
- Risikoadjustierte Gesamtauswertung für Praxen und Ambulanzen: **(in Entwicklung)**
- **Patientenmerkmale**
- **Indikationsmerkmale**
- **Ergebnisqualität**

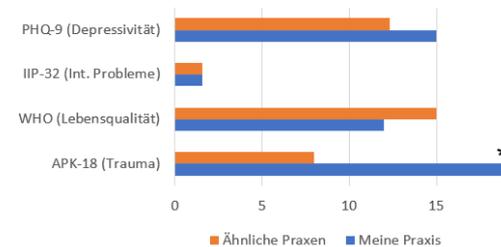
Ziel für die retrospektive QS:

Einordnung der eigenen Ergebnisse gegenüber ähnlichen Einrichtungen (d.h. unter Berücksichtigung von Aspekten der Strukturqualität und von Patientenmerkmalen)

Patient:innenmerkmale zur Basiserhebung

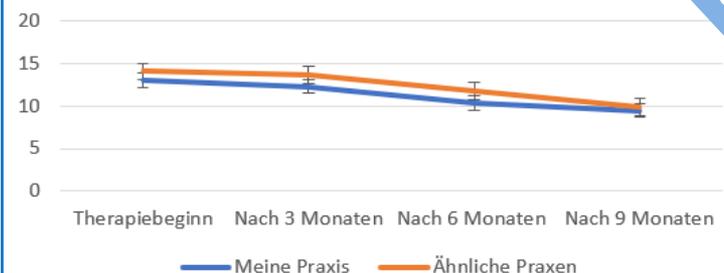
	Meine Praxis	Ähnliche Praxen	p
Alter	36.2 (13.4)	34.9 (11.9)	n.s.
Geschlecht	♀ 64%; ♂ 31%; k.A. 5%	♀ 65%; ♂ 31%; k.A. 4%	n.s.
Staatsangehörigkeit	94 % deutsch	93 % deutsch	n.s.
Migrationshintergrund	20%	22%	n.s.
Krankheitstage	47.5 (74.7)	35.5 (51.8)	.05
Tage vollstationär	41.7 (55.1)	30.7 (37.0)	n.s.
% Arbeitsverhältnis	61%	72%	.01
% Antidepressiva	33%	23%	.02

Risikoadjustierter Basisvergleich



In Entwicklung

Risikoadjustierte Therapieerläufe PHQ



3 Grenzen datengestützte QS

Datengestützte QS als Lösung für alles?

Grenzen und Schwierigkeiten:

1. Auch die hier vorgestellten QS-Systeme führen nicht automatisch zu einer Qualitätsverbesserung. Es braucht Empfehlungen für konkrete Maßnahmen.
2. Bisherige Tradition der QS in der ambulanten Psychotherapie eher im Bereich nicht-datengestützter QS (Inter/Supervision, Deliberate Practice etc.)
3. Technische Umsetzung des Datensicherheitskonzept kompliziert (IQTIG muss viele Vorgaben erfüllen, hat aber auch zentrale Stellung und Möglichkeiten)
4. Die Frage nach einer Risikoadjustierung konzeptionell noch unbeantwortet und ist aber eine notwendige Voraussetzung für datengestützte QS.

Fazit:

Der aktuelle Entwurf des IQTIG-System misst zwar retrospektiv (eine Art von) Qualität, aber liefert bislang (zu) wenige Anhaltspunkte zu deren Verbesserung.

Die Besonderheiten ambulanter Psychotherapie – insbesondere die Möglichkeiten zur Qualitätsverbesserung vor und während der Therapie und der Notwendigkeit einer Risikoadjustierung – können und sollten von datengestützten QS-Systemen mitbedacht werden.

Aus der Profession heraus gibt es bereits eine Vielzahl von Umsetzung, die die Besonderheiten bereits zur gezielten Messung und Verbesserung der Qualität ambulanter Psychotherapie nutzen.

Möglichkeiten und Grenzen datengestützter Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie

Prof. Dr. Cord Benecke
Dr. Matthias Volz