

Ambulante Psychotherapie

Versorgung, Kosten/Nutzen, Qualitätssicherung

Rüdiger Nübling



Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

GfQG

Gesellschaft für Qualität im
Gesundheitswesen

Vortrag

Abt. Klinische Psychologie und Psychotherapie
Universität Trier, 26.10.2023

- Einleitung: Geschichte und Eindrücke zur Psychotherapie-Debatte
- Bedeutung psychischer Erkrankungen
- Zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen
- Zum Bedarf: Sind Psychotherapiepatienten „wirklich“ krank
- Kosten psychischer Erkrankungen, Verteilung der Mittel
- Effektivität und Effizienz/gesellschaftlicher Nutzen von Psychotherapie
- Qualitätssicherung ambulanter Psychotherapie
- Zusammenfassung/Ausblick

Kurze Geschichte (kassenfinanzierter) Psychotherapie in Deutschland

- **Bis 1967: rein private Finanzierung** ambulanter Psychotherapie → behandelt wurden nur Menschen, die es sich finanziell leisten konnten
- **1967: Aufnahme in die Kassenleistungen** (Psychotherapie-Richtlinien) nach der Studie von A. Dührssen (einer Berliner Psychoanalytikerin) zum positiven Einfluss von Psychotherapie auf die Arbeitsfähigkeit (Senkung der AU-Tage nach PT) → Berechtigt: Ärzte + Psychologen (nur im sog. **Delegationsverfahren**)
- **1991: Vorlage des Forschungsgutachtens zum Psychotherapeutengesetz** durch A.E. Meyer, K. Grawe, R. Richter et al
- **1999 Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes** (PsychTgG)
- **2017 Psychotherapiereform**
- **2019 Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung**

Sichtweise der Krankenkassen Twitter-#rotebildchenkampagne des GKV-SV 2018 – Adaption

GKV_Lanz @GKV_Sprecher · 9. Okt. 2018
In #Niedersachsen ist die Anzahl der #Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner von 15 (2000) auf 25 (2016) gestiegen. +71%. Mehr Grundsatzinfos zur psychotherapeutischen Versorgung hier: t1p.de/i3q6 @bmg_bund @NdsLandesReg @KVNiedersachsen #wirsindGKV

Psychotherapieversorgung in Niedersachsen
Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner
Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen www.vir.gesundheit.de

Jahr	Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner
2000	15
2016	25

+71%

gkv-spitzenverband.de #wirsindGKV

GKV_Lanz @GKV_Sprecher · 10. Okt.
In #NordrheinWestfalen ist die Anzahl der #Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner von 16 (2000) auf 29 (2016) gestiegen. +78%. Mehr Grundsatzinfos zur psychotherapeutischen Versorgung hier: t1p.de/i3q6 @bmg_bund @MAGS_NRW @kvno_aktuell #wirsindGKV

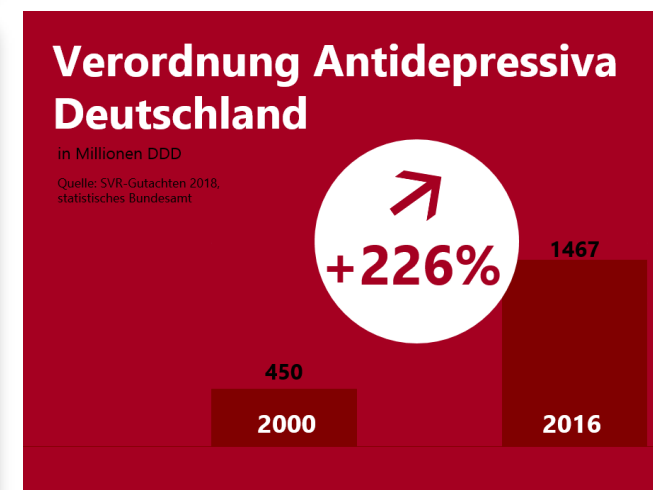
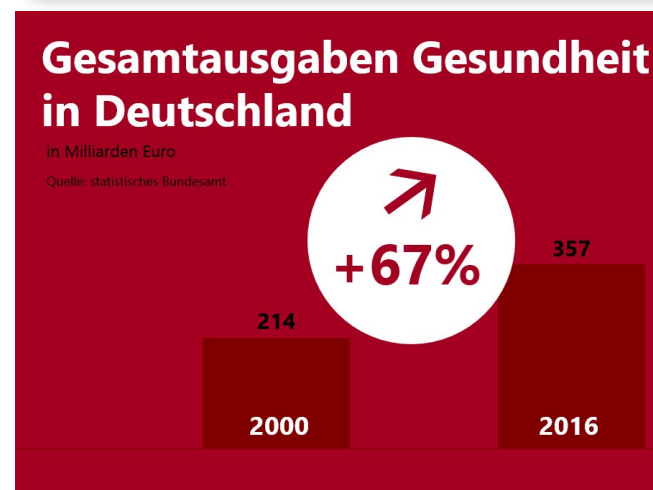
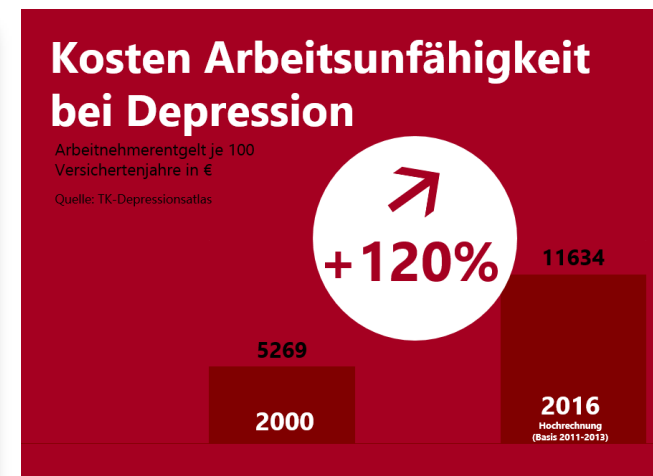
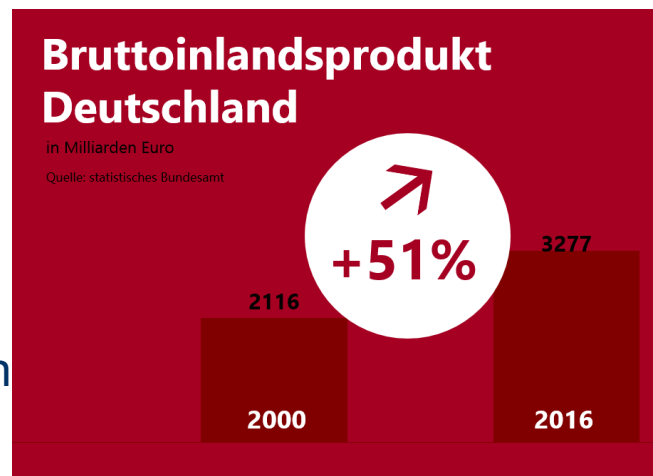
Psychotherapieversorgung in Nordrhein-Westfalen
Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner
Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen www.vir.gesundheit.de

Jahr	Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner
2000	16
2016	29

+78%

gkv-spitzenverband.de #wirsindGKV

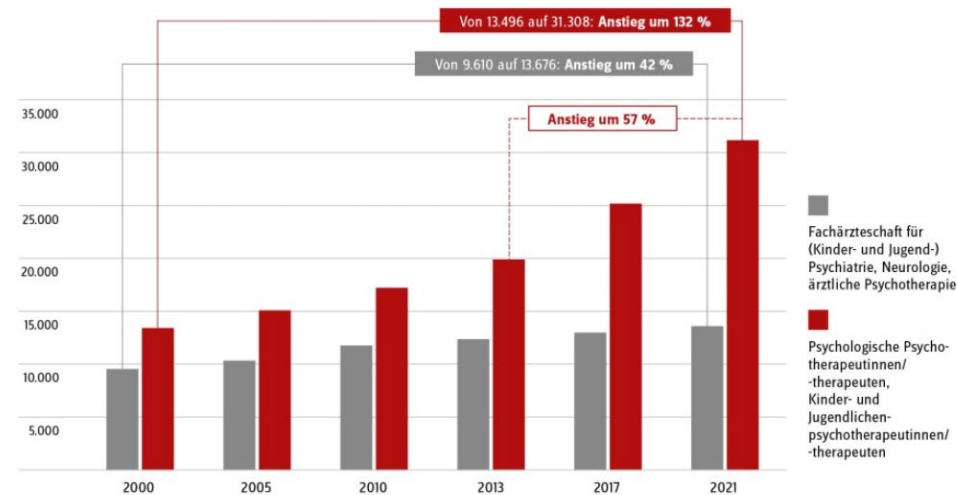
Adaption
RN
➔



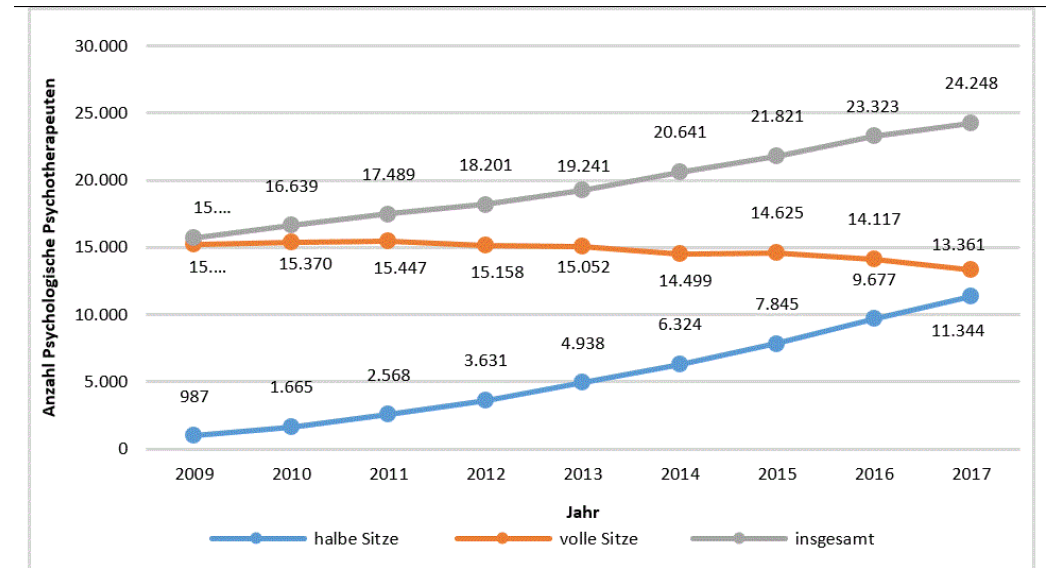
Zunahme Anzahl Psychotherapeut*innen: Köpfe vs Sitze

Entwicklung der Anzahl Psychotherapeut*innen
(Sicht des GKV-Spitzenverbands)

Psychotherapie: Anzahl Leistungserbringende

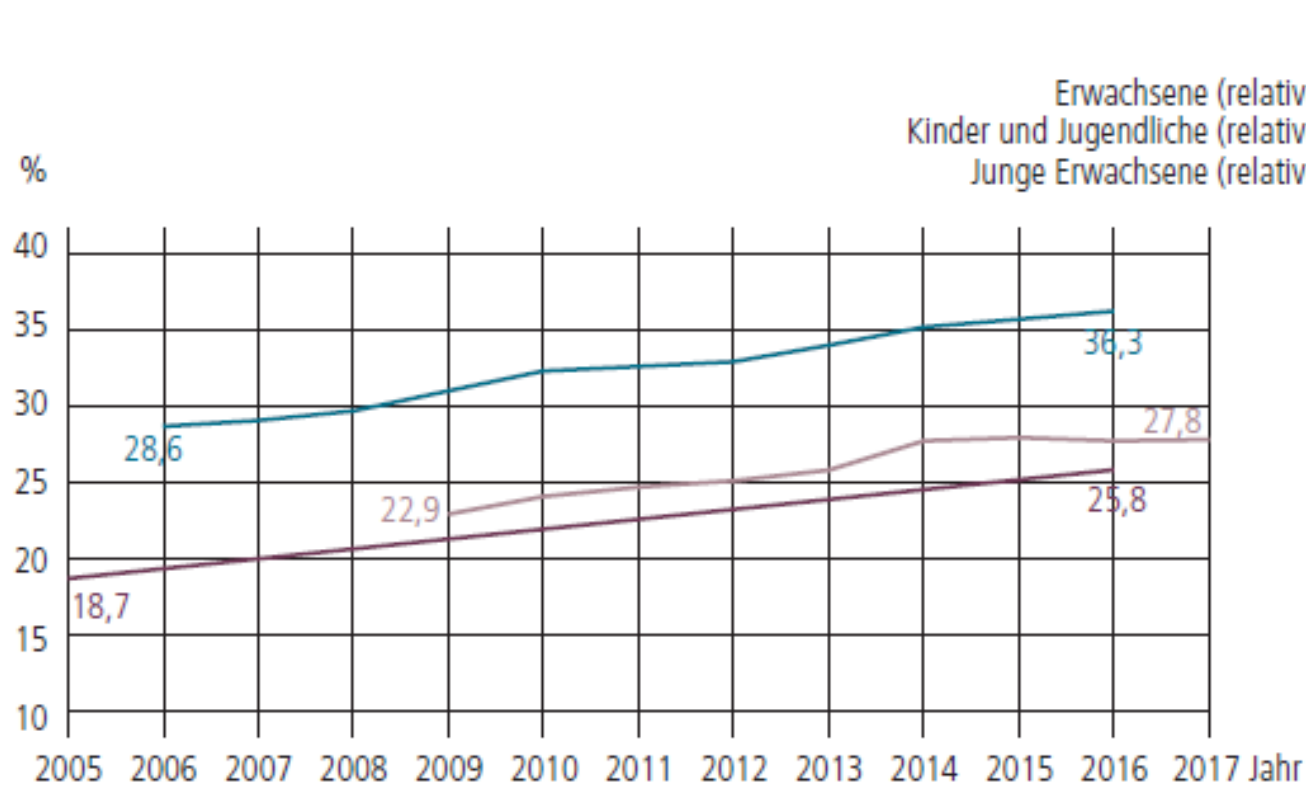


Entwicklung der Anzahl an psychologischen Psychotherapeuten mit hälftigem und vollem Versorgungsauftrag (KBV 2009-2017)



Fazit: die „Kopfzahl“ ist zwar stark gestiegen, durch die Veränderung des Verhältnisses von 100%- zu 50%-Kassensitzen ist der Zuwachs an Kapazität deutlich geringer!

Diagnostische Prävalenz Psychischer Störungen 2005-2017



Stetiger Zuwachs der diagnostischen Prävalenz
→ **Psychische Erkrankungen werden häufiger erkannt/diagnostiziert**
(epidemiologische Prävalenz bleibt weitgehend konstant)

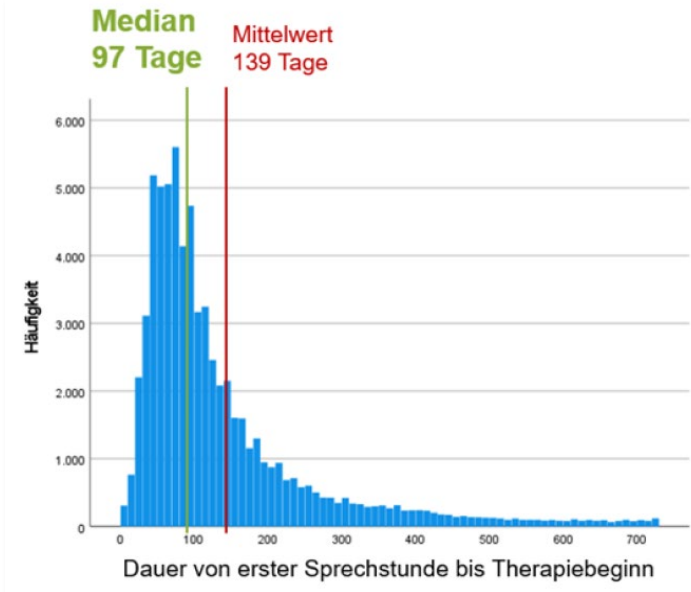
Quelle: Grobe et al. (2018);
Steffen et al. (2019) zit. nach Rabe-Menssen & Maaß (2021)

Wartezeit auf Behandlungsplatz – Bayern 2021 und Bund 2018

Bayern 2021: \emptyset 139 Tage, d.h. ca. **20 Wochen!**

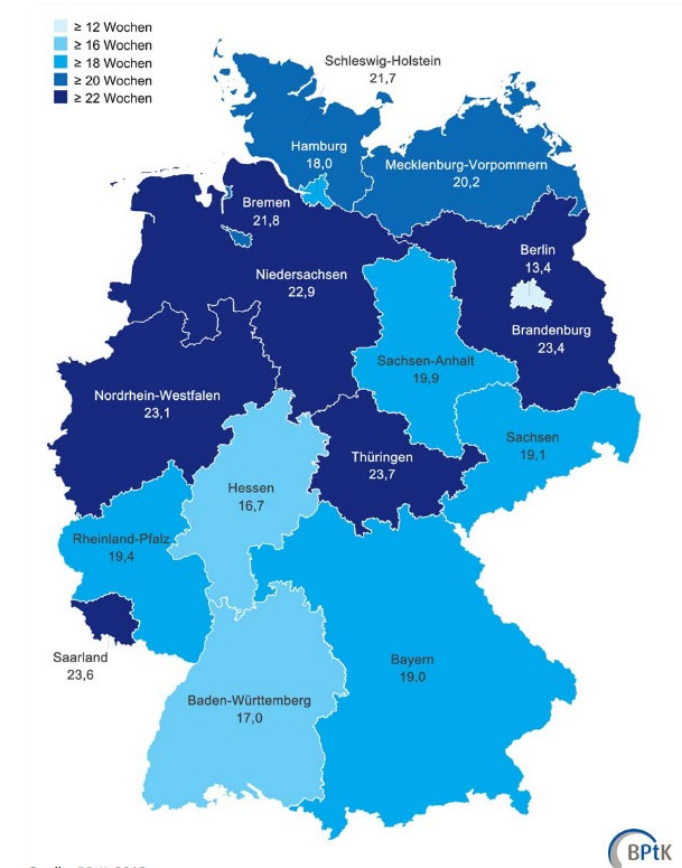
Bund 2018: \emptyset **19,9 Wochen!** Regionale Unterschiede: Berlin 13,4, Ruhrgebiet 29,4 Wo

Verteilung Patienten nach Dauer der Zeitspanne zwischen erster psychotherapeutischer Sprechstunde und Beginn der Psychotherapie 2021 (in Tagen)



<https://www.bptk.de/lange-wartezeiten-auf-eine-psychotherapie-in-laendlichen-regionen-bayerns/>

Datengrundlage: **n= 68.898 GKV-Patienten**, die im Jahr 2021 eine Psychotherapie begonnen haben (Daten der KV Bayern)

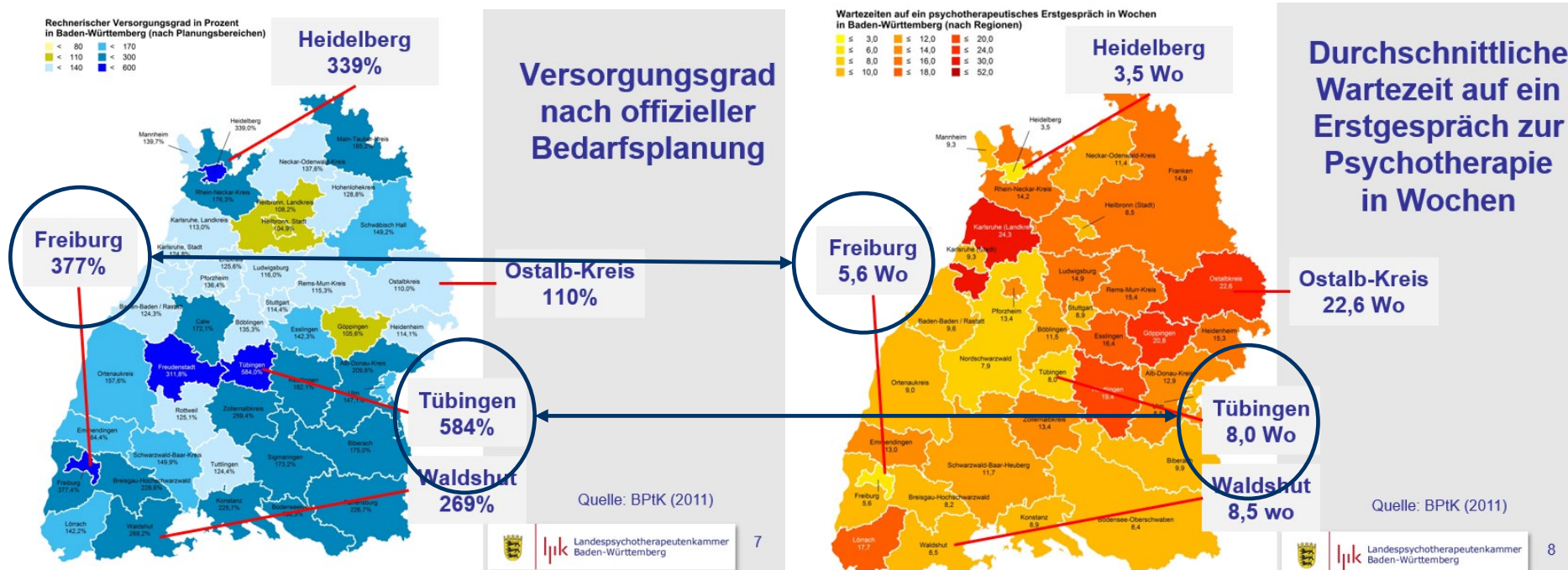


Datengrundlage:
n=9.432
Psychologische und
Kinder- und
Jugendlichenpsycho
therapeut*innen

Quelle: BPTK (2018)

Bedarfsplanung und Wartezeit Baden-Württemberg 2011

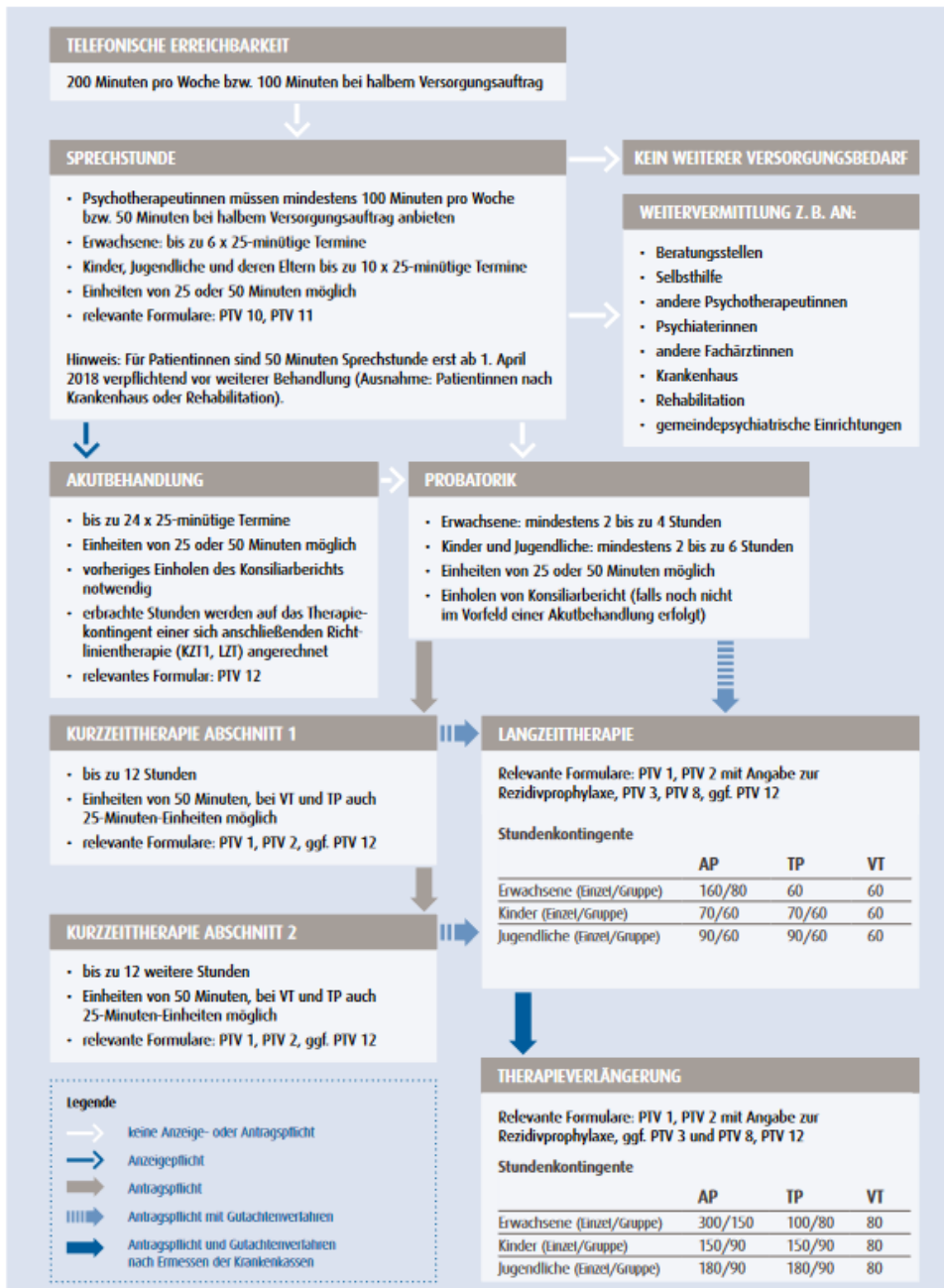
Daten aus 2011 zeigen **deutliche Diskrepanz zwischen offiziellem Versorgungsgrad (in%) und Wartezeiten (Wochen)**, die Zahlen sind heute nicht wesentlich anders!



Datengrundlage: bundesweite Befragung von **n = 8.620** Psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen, für BW: **n = 973**

Quelle: BPTk 2011, Folien adaptiert aus Nübling 2015

Psychotherapierichtlinie – Reform 2017



- Verbindliche **telefonische Erreichbarkeit 200/100 Min/Woche**
- Verbindliches Angebot einer **Sprechstunde 100/50 Min/Woche**

- **Akutbehandlung bis zu 24 Termine**

- **Kurzzeittherapie I: bis zu 12 Sitzungen**
- **Kurzzeittherapie II: bis zu 12 Sitzungen, dazwischen formale Antragstellung**

- **Langzeittherapie je nach Verfahren 60-160 Std., Verlängerung auf 80-300 Std möglich**

Durch die Reform wurde zT mehr Arbeitszeit der Praxen gebunden, gleichzeitig die Anzahl der Praxen nicht erhöht

BPtK-Wartezeitenstudie 1 Jahr nach der PT-Reform



Zentrale Ergebnisse:

- Wartezeit Sprechstunde: **Ø 5,7 Wochen**
- Wartezeit Akutbehandlung: **Ø 3,1 Wochen**
- Wartezeit Richtlinienpsychotherapie: **Ø 19,9 Wochen**

Zentrale Aussagen:

- Sprechstunde als Anlauf-/Koordinationsstelle angenommen.
- **Wartezeiten auf Behandlung noch erheblich zu lang**, außerhalb von Großstädten/Ruhrgebiet besonders lang.
- zusätzliche **psychotherapeutische Praxissitze erforderlich** → zudem steigende Nachfrage nach PT zu erwarten
- aktuell/Juli 2023: 6 BPtK-Forderungen zur Verbesserung der PTV, ua Absenkung Verhältniszahlen Bedarfsplanung

BPtK (2018), BPtK (2023)

, <https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/psychotherapie-reform-patienten-warten-noch-laenger-a-1190627.html>
<https://bptk.de/pressemitteilungen/b-pt-k-versorgung-psychisch-kranker-menschen-kann-nicht-warten-1/>

Wartezeiten nach der PT-Reform – Studien des Inno-Fonds

Politik

Psychotherapie: Längere Wartezeiten auf Therapieplatz seit Strukturreform

Dienstag, 17. Oktober 2023



Dt Ärzteblatt (2023),
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/146677/Psychotherapie-Laengere-Wartezeiten-auf-Therapieplatz-seit-Strukturreform>

Aktuelle Inno-Fonds-Projekte PT-REFORM und ES-RIP:

- Wartezeit Akutbehandlung:
Ø 14,5 Wochen
- Wartezeit Richtlinienpsychotherapie:
Ø 22 Wochen

Zentrale Aussagen:

- PT-Kapazitäten reichen nicht aus
- **Wartezeiten** auf Behandlung **noch länger als vor der Reform**
- **Hohe Zufriedenheit** der Pat mit **Psychotherapie**

Bisherige Notlösung: Kostenerstattung in Privatpraxen

Kostenerstattung in der ambulanten Psychotherapie

Mitgliederbefragung der Landespsychotherapeutenkammern
Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen,
Nordrhein-Westfalen, Saarland und Schleswig-Holstein

Ergebnisbericht

Rüdiger Nübling¹ und Karin Jeschke²

¹ Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
² Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin

in Zusammenarbeit mit

Ulrike Böker, Martin Klett und Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Nikolaus Melcop, Heiner Vogel (Bayern),
Michael Krenz, Brigitte Kemper-Bürger (Berlin), Wiebke Rappen, Amelie Thobaben (Bremen), Heike Peper
(Hamburg), Andreas Pichler (NRW), Else Döring (Hessen), Felicitas Michaelis, Daniel Nowik, Roman Rudyk
(Niedersachsen), Dagmar Schulz, Oswald Rogner (Schleswig-Holstein)



Stuttgart/Berlin, Oktober 2018

Bundesweite Befragung von PTs in Privatpraxen (n = 2.417):

- **Abnahme der Bewilligungsquote von 81% (vor der Reform) auf 47%** (2016: 11,5 von 14,2, 2017: 5,7 von 11,5 Anträgen)
- **Rückgang der durchschnittlich bewilligten Stundenzahl je Therapie um 24%** (von 37 auf 28 Sitzungen)

Zusammenfassung

- **starke Restriktion der Bewilligung** außervertraglicher PT in der Kostenerstattung
- **Verschlechterung der Situation therapiesuchender Menschen**, die gesetzlich versichert sind
- **Kostenerstattung gem. § 13 Abs. 3 SGB V steht als individuelle Notlösung zur Sicherstellung des Versorgungsauftrages unverändert im Gesetz** und Versorgungsdefizite haben sich keinesfalls verringert → die **flächendeckende Restriktion bei der Kostenerstattung** von PT hat starke Auswirkungen.
- **Recht der betroffenen PatientInnen auf eine zeitnahe Behandlung wird massiv eingeschränkt.**
- „Das derzeitige restriktive Verhalten der Krankenkassen könnte auch als **Diskriminierung psychisch kranker Menschen** interpretiert werden.“ (S. 8)

Nübling & Jeschke (2018)

<https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/news/2018/nubling-jeschke-et-al-kev-ambul-pt-bericht-2018-final-16102018.pdf>

Gesamtgesellschaftliche Bedeutung psychischer Erkrankungen

Bedeutung psychischer Erkrankungen – Fehltage/Frühberentungen

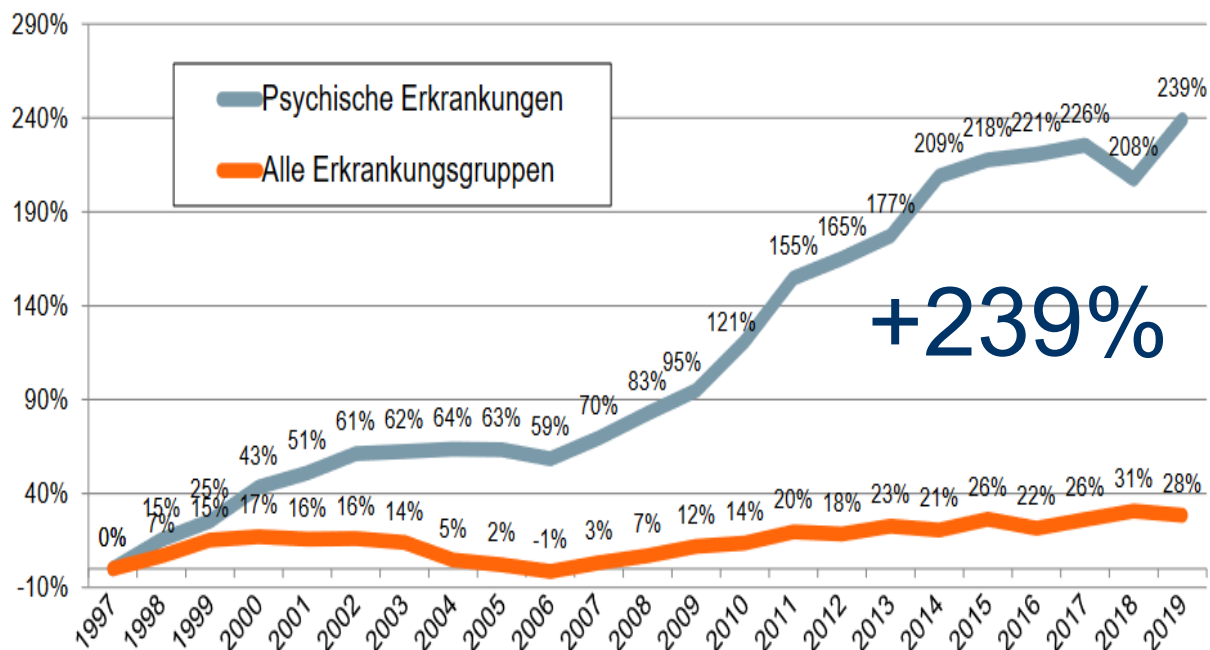
- **5%** aller **Krankschreibungen** und **13%** der betrieblichen **Fehltage** (Stand: 2013, heute höher) wegen psychischer Erkrankungen
- 2011-2021: **+41% Steigerung** psychisch bedingter **Fehltage** (276 vs 196 Fehltage je 100 Versicherte; Vergleich **somatische Erkrankungen: +2%**)
- **Krankschreibungen überdurchschnittlich lang**: psychische Erkrankungen insgesamt: **39 Tage/Jahr**, Depression > 80 Tage/Jahr¹ (Stand: 2021)
- **Anteil bei Frühberentungen: 43%** (Depressionen: 17%, Neurot., Belastungs- und somatoforme Störungen: 9%, Sucht: 4%, Psychosen; 4%, andere Psychische Störungen: 8%)
- Anteil **Reha-Maßnahmen ca. 18%** (Stand 2021), kontinuierliche Steigerung des Anteils, inzwischen zweitgrößte Indikationsgruppe
- **Kosten?**

Quellen: BPtK 2013b; IGES/DAK 2022

¹ <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-facetten/depression-und-arbeit>

Anstieg Fehltage je 100 Versicherte seit 1997/2000

Versicherte der DAK



Quelle: DAK (2020)
<file:///C:/Users/R%C3%BCdiger%20N%C3%BCbling/Downloads/folien-2335938.pdf>

Versicherte der TK

Relative Veränderungen der Fehlzeiten in relevanten Diagnosekapiteln

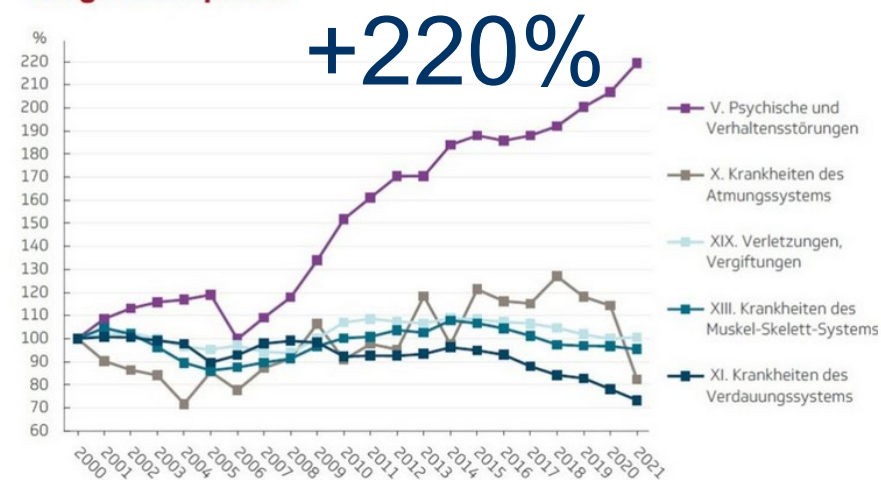
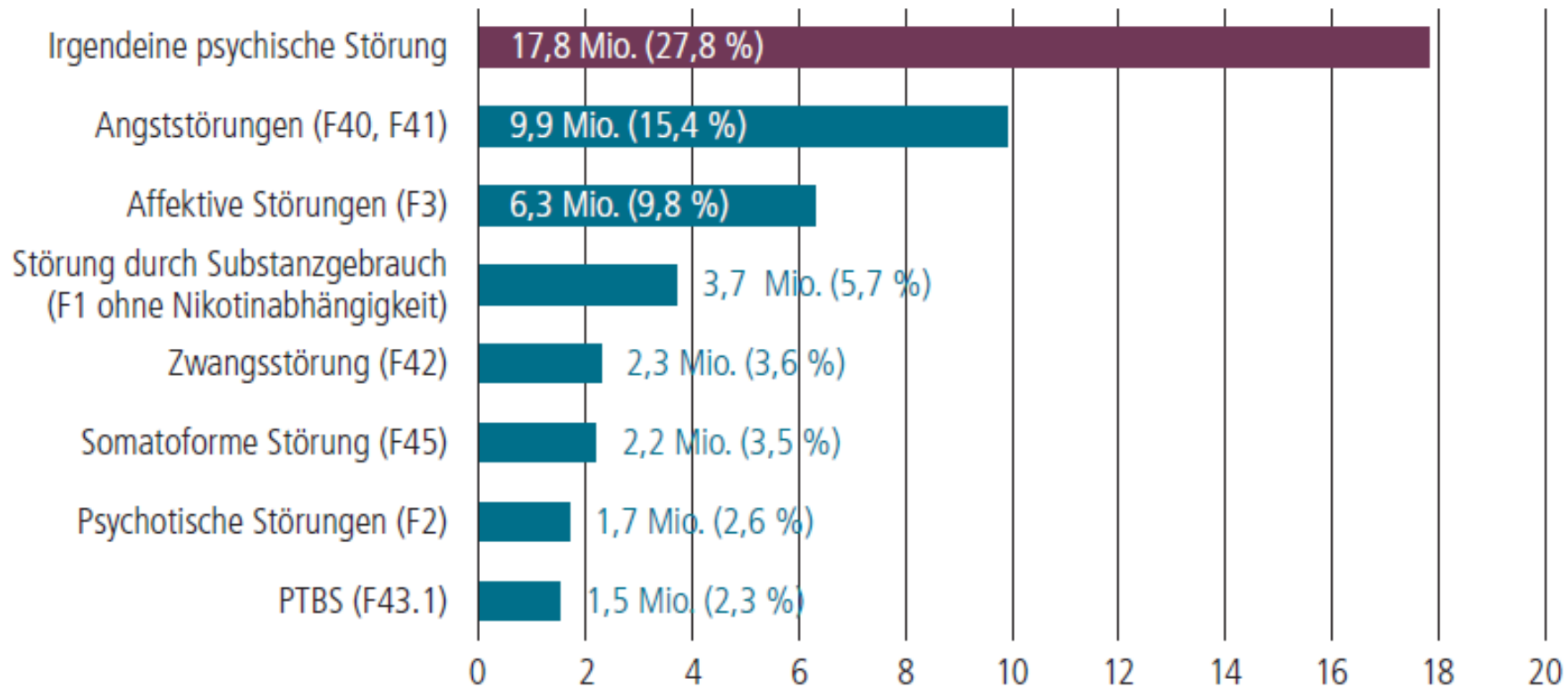


Abbildung: Veränderung der Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen im Vergleich zu anderen relevanten Diagnosen (Quelle: TK Gesundheitsreport 2022)

Quelle: <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-facetten/depression-und-arbeit>

12-Monats-Prävalenz Psychischer Störungen

Psychisch erkrankte Menschen in Deutschland

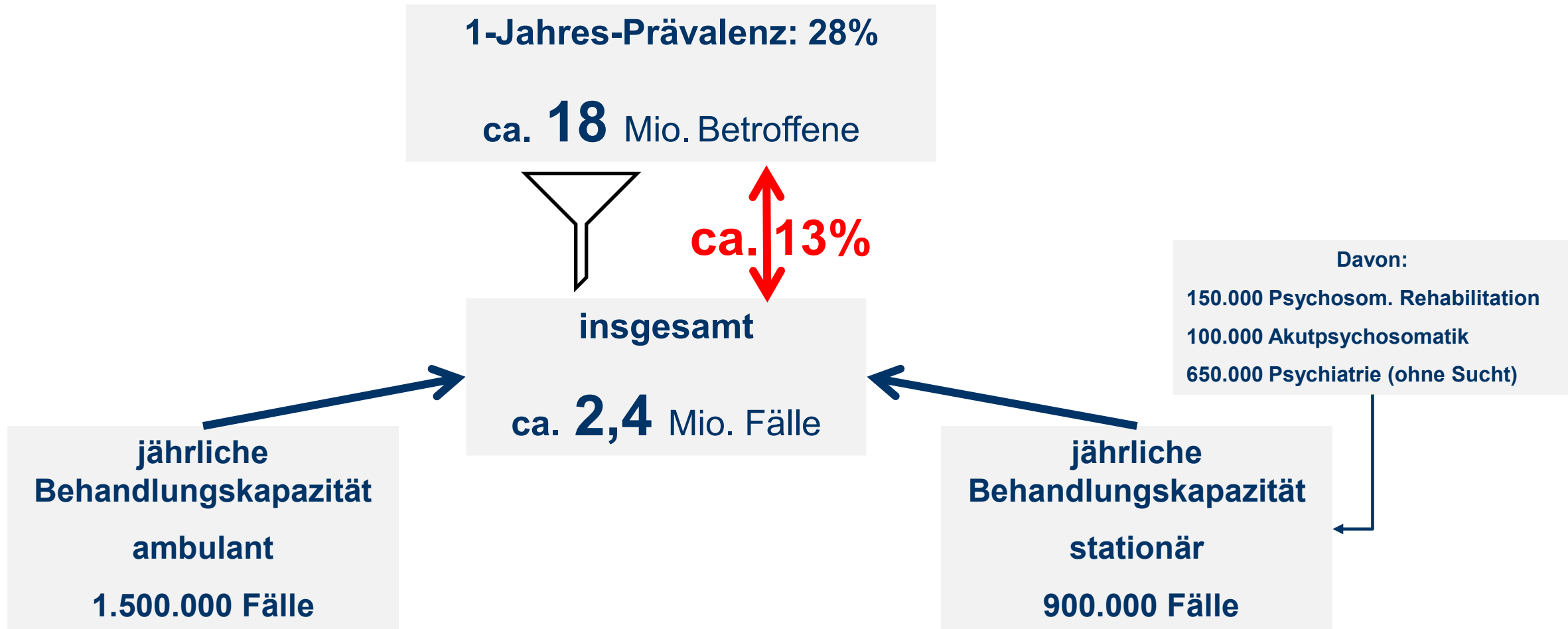


Quelle: Jacobi et al. (2014), Rabe-Menssen & Maaß (2021)

Anzahl Patienten in Mio.

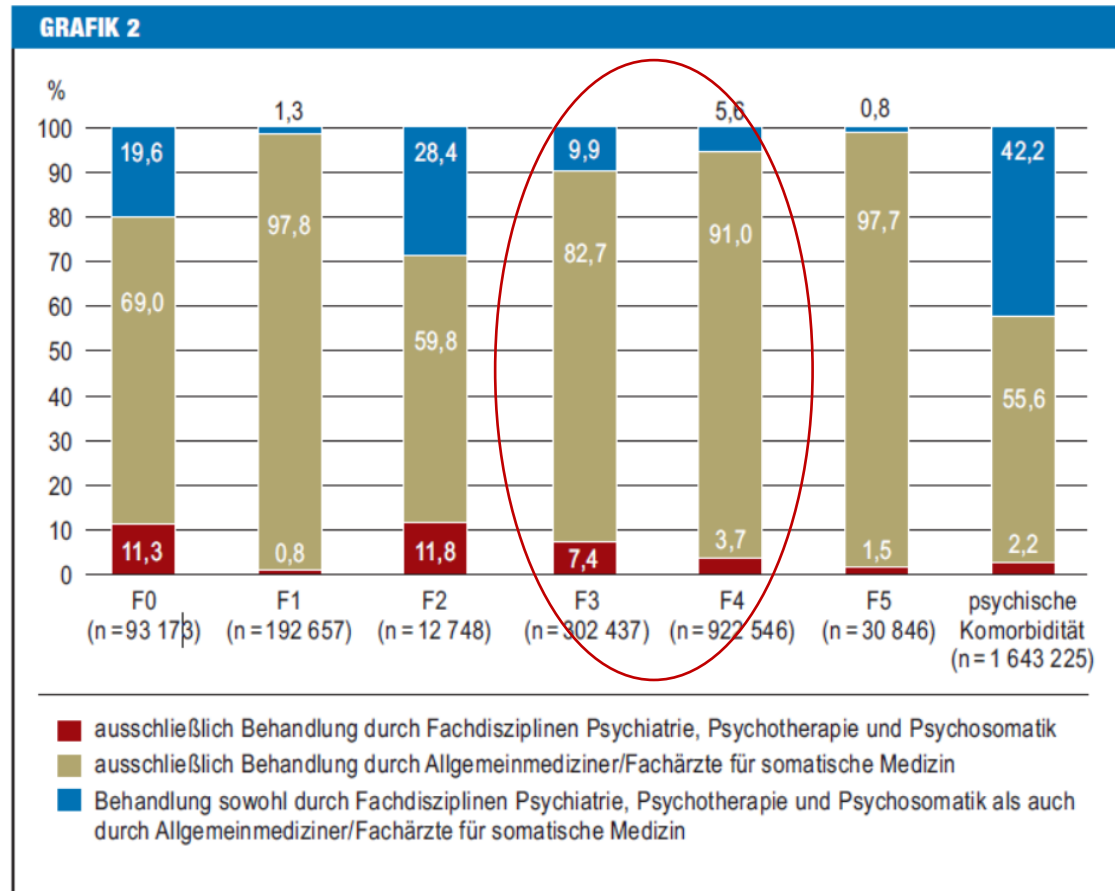
Ca. 28% der
bundesdeutschen
Bevölkerung
zwischen 18-65
Jahre
→ **ca. 18 Mio**

Psychotherapeutische Versorgung in Deutschland (Erwachsene) – Versorgungskapazität und -bedarf



aktualisiert nach Nübling et al. (2014a); vgl. auch
[https://www.dgppn.de/ Resources/Persistent/154e18a8cebe41667ae22665162be21ad726e8b8/Factsheet_Psychiatrie.pdf](https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/154e18a8cebe41667ae22665162be21ad726e8b8/Factsheet_Psychiatrie.pdf)

Versorgung Patienten mit erkannter F-Diagnose



Gaebel, W. et al. (2013)

Datengrundlage: 10 Mio. Versicherte großer Gesetzlicher Krankenkassen →

Versicherte mit **erkannter** psychischer Erkrankung (F-Hauptdiagnose)

Kernbotschaften:

- **83%** der Versicherten mit Affektiven Störungen (F3.x, v.a. Depression) und
- **91%** mit Neurotischen, Belastungs- und Somatoformen Störungen (F4.x. Phobien, Angst, PTBS, «Psychosomatische Erkrankungen»)

werden **ausschließlich** allgemeinmedizinisch bzw. durch FA für somatische Medizin behandelt

Faktencheck Gesundheit – Behandlung schwerer Depressionen



Melchior et al. (2014)

nur etwa **25%** der Patienten erhält **leitliniengerechte Behandlung**:

- 12% empfohlene Kombinationsbehandlung aus Antidepressiva und Psychotherapie mit entsprechender Mindestdauer und
- 14% stationäre Behandlung

Demgegenüber

- **56%** erhalten **ausschließlich** eine **Monotherapie** mit Antidepressiva oder Psychotherapie, wobei die Monotherapie mit Antidepressiva deutlich überwiegt (circa 80% der Patienten mit Monotherapie).
- Fast **ein Fünftel** der Betroffenen wurde im dreijährigen Untersuchungszeitraum **gar nicht behandelt**.

Besonders problematisch: Versorgung Kinder und Jugendliche



VOLLE KLINIKEN, LANGE WARTELISTEN

Psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche: Viel zu wenige Therapieplätze in BW

Aktuelle KV-Umfrage: Sehr lange Wartezeiten → bis eineinhalb Jahre (!!) v.a. in ländlichen Gebieten.

Quelle: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/44722/Kinderpsychotherapie-Teils-sehr-lange-Wartezeiten>

Kinder und Jugendliche	BELLA** (vor Pandemie)	COPSY* Welle 1 (Mai- Juni 2020)	COPSY* Welle 2 (Dezember 2020- Januar 2021)	COPSY* Welle 3 (September- Oktober 2021)	Anteil psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher
Belastung durch Pandemie		71	83	82	2019 vs
geminderte Lebensqualität	15	40	48	35	2021:
psychische Auffälligkeiten	18	30	31	27	+50%
Angstsymptome	15	24	30	27	+80%
depressive Symptome	10	11	15	11	+10%
psychosomatische Beschwerden (mindestens 3 Symptome)	37	48	53	53	+43%

"Von einer Entspannung aufgrund der nachlassenden Belastung durch die Pandemie merke ich aktuell noch nichts. Ich habe weiterhin sehr viele Anfragen, die ich nicht bedienen kann."

Martin Klett, Kinder- und Jugendpsychotherapeut in Freiburg und Vizepräsident der Landespsychotherapeutenkammer

Sind Psychotherapiepatienten „krank“?

oder

Behandeln Psychotherapeuten „Gesunde“?

Zur Diskussion über die Notwendigkeit von Psychotherapie



Wartezeiten auf einen Therapieplatz

Wie ein Lobbyverband psychisch Kranken schadet

Von Manfred Lütz

Psychisch Kranke müssen ewig auf einen Therapieplatz warten, weil das System eine Behandlung von Menschen mit geringen Leiden fördert. Besserung ist nicht in Sicht - ein mächtiger Lobbyverband verhindert jede Reform.

24.03.2019, 07:39 Uhr

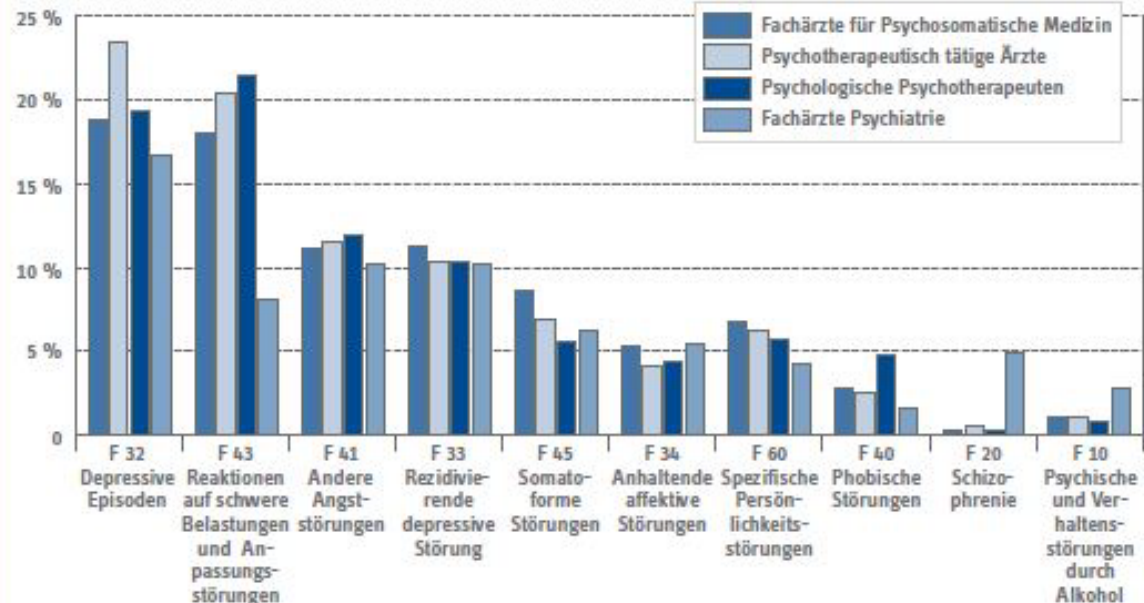
M. Lütz: Die **Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)**, eine der „**mächtigsten Lobbyistenorganisation(en)**“, die es auf diesem Gebiet (der psychischen Erkrankungen; RN) in Deutschland gibt, sie sei „seit Jahren erfolgreich dafür tätig, dass Psychotherapeuten an ‚Patienten‘ kommen - **ohne jedes Interesse daran, wie Patienten an Therapeuten kommen**“.

→ **Behauptung: viele/die meisten PT-Patient*innen sind gar nicht wirklich psychisch krank!**

Dies ist nicht nur FALSCH, sondern auch mindestens respektlos gegenüber den Menschen, die gerade eine Psychotherapie machen oder eine abgeschlossen haben!

Diagnosspektrum in der ambulanten Psychotherapie

Abbildung 3: Diagnosespektrum in der ambulanten Psychotherapie nach Berufsbeziehungswise Facharztgruppe

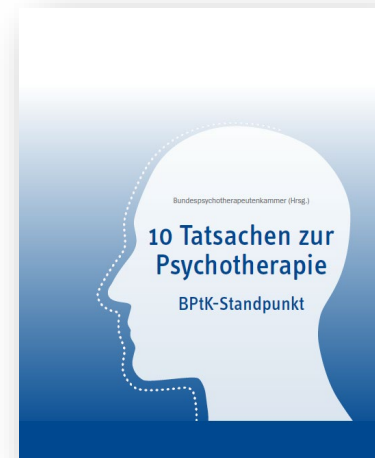


Quelle: KBV-Auswertung auf Basis der Abrechnungsdaten/Anzahl Behandlungsfälle im 1. Quartal 2010, bundesweit

Alle an der Versorgung beteiligte Berufsgruppen behandeln im Wesentlichen die gleichen Patienten

Es überwiegen depressive Störungen, Belastungsreaktionen, Angststörungen und somatoforme Störungen.

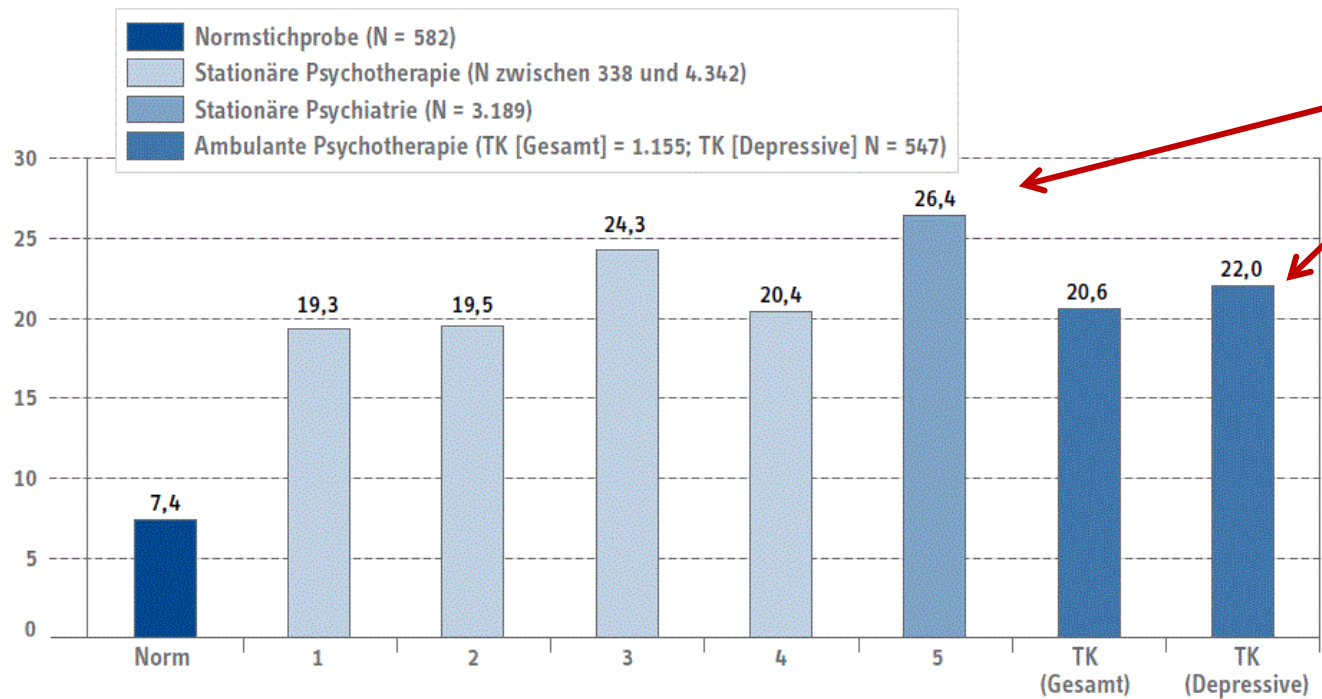
Ausnahme: Menschen mit schizophrenen sowie alkoholbedingten Erkrankungen → Fachärzte für Psychiatrie



BPTK (2013a)

Psychische Beeinträchtigung Behandlungsbeginn

Depressivität (BDI-Gesamtwert); Vergleich Bevölkerungsnorm, TK-Studie und stationäre Behandlung in der Psychosomatischen Rehabilitation, Akutpsychiatrie sowie Akut- und Reha-Psychosomatik;



Quelle: BPTK 2013, auf Basis der Daten von Härter et al., 2004; Hautzinger et al., 2006; Kriz et al., 2010; Mestel et al., 2000; Wittmann et al., 2011 und Zielke et al., 2004

Quelle: BPTK (2013a)

Skalenwert BDI > 25

(Indikator für schwere Depression)

Stationäre Psychiatrie: **53%** der Fälle

Ambulante Psychotherapie: **35%** der Fälle

Kernbotschaft 1: Patienten **aller Sektoren** unterscheiden sich von der Durchschnittbevölkerung (Norm)

Kernbotschaft 2: Unterschiede der Patienten sind zwischen den Sektoren deutlich geringer als angenommen; es bestehen also **Überschneidungen**, d.h. **ein Teil der stationären Patienten könnte auch ambulant behandelt werden**

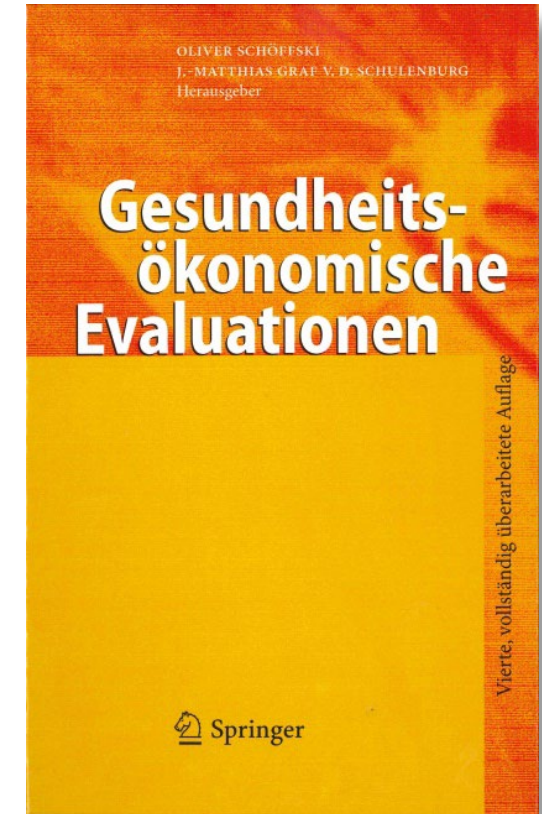
Effektivität und Effizienz/gesellschaftlicher Nutzen von Psychotherapie

Gesundheitsökonomie – Mitteleinsatz/-verteilung

„Der Einsatz von Ökonomen im Gesundheitswesen wäre tatsächlich unnötig, wenn die **zur Verfügung stehenden Mittel (...)** **unbegrenzt** wären. Dies ist leider **nicht der Fall**“

„Bei jeder Ausgabe kollektiver Mittel ist **die Frage legitim, ob die Mittel nicht andernorts besser eingesetzt worden wären**“ bzw. werden **sollten**. „Jeder Euro, der im Gesundheitswesen ausgegeben wird, steht z.B. nicht mehr für das Bildungswesen, die Landesverteidigung, die innere Sicherheit oder den sozialen Wohnungsbau zur Verfügung (...).“ Dies gilt auch innerhalb des Gesundheitswesens.

→ Frage der **Ressourcenallokation bzw. der Verteilung der Mittel**



Schöffski & Schulenburg (2012);
Schulenburg (2012)

Wirksamkeit von Psychotherapie im Vergleich

Margraf (2009), Leichsenring & Rabung (2008)

Effektstärke nach Cohen (1992)

ES \leq 0,3 = kleiner

ES \leq 0,8 = mittlerer

ES \geq 0,8 = großer Effekt

Maßnahme	Effektstärke (ES) des Erfolges
Psychotherapie Allgemein	0,88
Kognitive Verhaltenstherapie	1,23
Psychodynamische Langzeitpsychotherapie	1,03/1,25
Bypass-Op bei Angina Pectoris	0,70
Medikamentöse Therapie Arthritis	0,61
Antikoagulanzen (Blutverdünnung)	0,30
Chemotherapie Brustkrebs	0,11
Aspirin zur Herzinfarktprävention	0,07

Kosten psychischer Erkrankungen in Deutschland

Psychische Erkrankungen: schwerwiegende Folgen nicht nur für Betroffene, sondern auch für die Volkswirtschaft (Zahlen aus 2020)

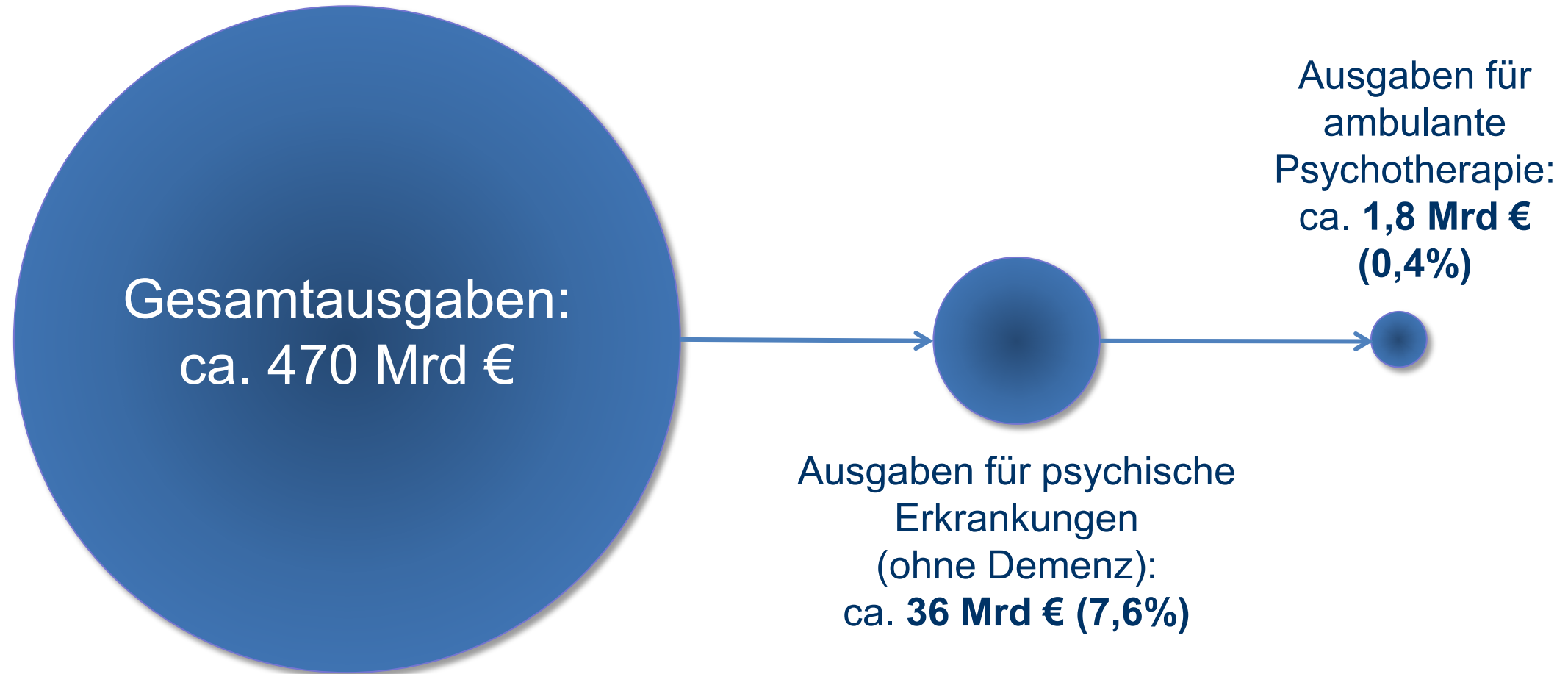
- ca. **36 Mrd. €/Jahr direkte Behandlungskosten** (ohne Demenz, ca. 7% der Gesamtausgaben für Gesundheit), **zweithöchster Kostenanteil** nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- ca. **45 Mrd. €/Jahr indirekte Folgekosten** (durch Produktivitätsausfälle, Frühberentungen etc)

nicht eingerechnet

- **intangible Kosten** (z.B. Verlust von Lebensqualität)
- **Opportunitätskosten**, d.h. Kosten von Nicht- oder Fehlbehandlung → „Überweisungskarussell“; „iatrogene Chronifizierung“ (Zielke)

Quellen: destatis 2020, Zielke & Mark 1991

Ausgaben im Gesundheitswesen Deutschland (2020)



Quelle: DeStat, aktualisiert nach Nübling et al. (2014a)

Kosten-Nutzen-Analyse Ambulante Psychotherapie – Return on Investment ROI (aktuelle Schätzung)

Schätzung des **Nettonutzens (U) ein Jahr nach einer Psychotherapie** für einen „durchschnittlichen“ Patienten nach Wittmann, Nübling & Schmidt (2002) bzw. Cronbach & Gleser (1965):

$$U = T \cdot ES \cdot SD_{prod} - K$$

1 Jahr 1,06 24.600 4.725

U = Nutzen 26.076€ - Kosten 4.725€ = **21.351€**

Modellannahmen

T	Anhalten des Effektes in Jahren	1 Jahr
ES	Prä-Post-Effektgröße (TK-Studie, Wittmann et al 2011)	1,06
SD _{prod}	Standardabweichung der Produktivität (entspricht 40-70% des durchschn. Jahreseinkommens nach Schmidt & Hunter, 1982)	49.200€ (2022) x 50% = 24.600€
K	Direkte Behandlungskosten	45 Sitzungen á 105€ (2022) = 4.725€

Die Effektgröße von 1,06 entspricht einem

Nutzen-Kosten-Verhältnis von

1 : 5,5

bzw. einem **Nettonutzen** von

4,50 € pro investiertem €!

Kosten-Nutzen-Verhältnis Psychotherapie nach einem Jahr – Return on Investment ROI für unterschiedliche Settings

Indikation	Pessimistische Schätzung	Optimistische Schätzung
Ambulante Psychotherapie I ¹⁾	1 : 2,0	1 : 3,9
Ambulante Psychotherapie II ²⁾	1 : 2,5	1 : 5,5
Psychosomatische Reha ³⁾	1 : 2,0	1 : 4,0
Akutpsychosomatik	??	??
Stationäre Psychiatrie	??	??

Quellen:

1) Margraf (2009)

2) Wittmann et al. (2011), Wunsch et al. (2013)

3) vgl. u.a. Zielke et al (2004), Steffanowski et al. (2007)

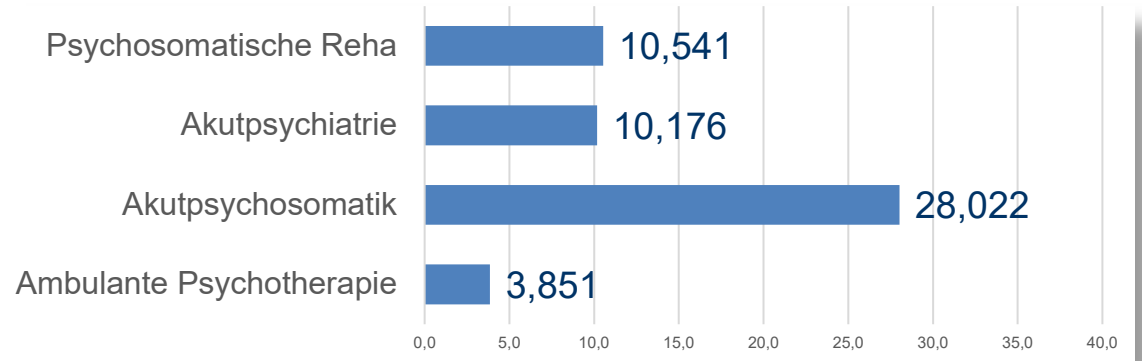
Ergebnis: bisher alle Modellschätzungen mit
eindeutig **positivem Kosten-Nutzen-Verhältnis !**

Effektstärke-standardisierte Kosten für Psychotherapie Settingvergleich

Tab. 13.1 Kosten in Euro für eine standardisierte Prä-Post-Effektstärke von $d = 1,0$, bezogen auf das Kriterium „seelische/psychische Symptomatik“ (unterschiedliche Messverfahren) bei Patienten unterschiedlicher Versorgungsbereiche (Modellrechnung)

	Durchschnittliche Behandlungsdauer [Tage]	Prä-Post-Effektstärke d/g	Tages- / Stundensatz in EUR (ca.) ¹	Gesamtkosten pro Patient [Behandlungsdauer × Tages- / Stundensatz in EUR]	Gesamtkosten in EUR pro Patient, standardisiert auf $d/g = 1,0$
Psychosomatische Rehabilitation					
MESTA-Studie (Steffanowski et al. 2007)	56,5	0,67	125	7.062	10.541
Akutpsychiatrie					
Depressionsstudie BW (Härter et al. 2004)	63,6	1,50	240	15.264	10.176
Akutpsychosomatik					
Metanaalyse Akutpsychosomatik (Liebherz und Rabung 2013)	82,9	0,71	240	19.896	28.022
Ambulante Psychotherapie					
Ø 6 Studien, u. a. TK-Studie (Wittmann et al. 2011)	45,0	1,06	90	4.050	3.821

¹aktuelle Schätzung.



(nicht verwunderliches) Ergebnis: die ambulante Psychotherapie hat deutliche Kostenvorteile gegenüber stationären Settings

„Meyer et al. (1991) konstatierten schon im ersten Forschungsgutachten zum Psychotherapeutengesetz, dass es **‘statt früh zu einer ambulanten spät zu einer stationären‘ Behandlung** komme und sprachen von einer **‘erheblichen Fehlallokation öffentlicher Mittel‘**. Diese Aussage dürfte auch heute noch richtig sein“. Zitat aus Nübling et al. 2014

Quelle: Nübling et al. 2020c

Qualitätssicherung in der Psychotherapie

QS in der ambulanten Psychotherapie – IQTIG-Konzept

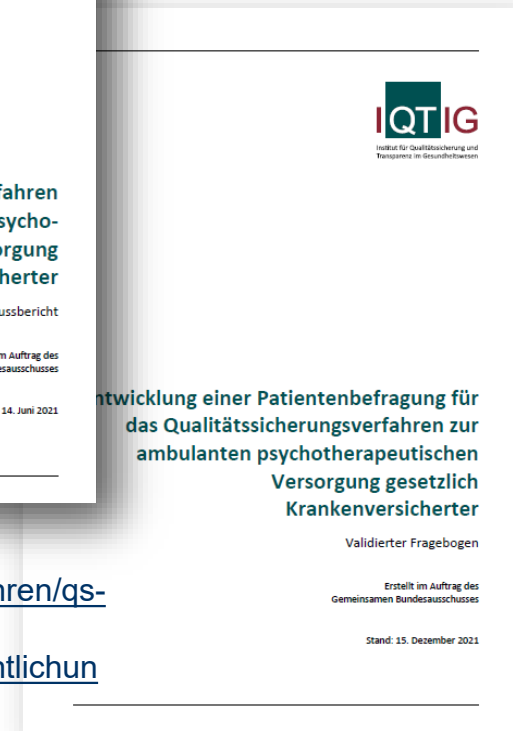
- G-BA-Beschluss vom 17. Mai 2018 → Auftrag an IQTIG zur Entwicklung eines „einrichtungsübergreifendes“ QS-Verfahren amb. PT-Versorgung
- Ziele: Messung und vergleichende Darstellung der Qualität über ein „kompaktes, fokussiertes und fallbezogenes Instrumentarium“
- 2021: Abschlussbericht und Instrumente, v.a. für Pat-Befragung

Kritik:

- **Outcome-Messung** aus fachlicher Sicht **völlig unzureichend**
- **Validierung** des „validierten“ IQTIG-Fragebogens **intransparent!**
- **Auswahl der Kriterien für „Qualität“** sehr umstritten
- **ABER:** die **Profession** hat bislang **keine eigenen Konzepte** zu einer „einrichtungsübergreifenden“ und **empirisch basierten QS vorgelegt!!**



<https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-amb-psych/>
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/ambpsycht-abschlussbericht/>



Qualitätssicherung in der Psychotherapie

Qualitätssicherung → „Oberbegriff für eine Reihe verschiedener Ansätze und Maßnahmen“ verstanden, „deren globales Ziel darin besteht, die Qualität gesundheitsbezogener (Dienst-) Leistungen, d.h. die **konkrete Versorgungspraxis systematisch und kontinuierlich zu hinterfragen, zu bewerten, zu fördern** und – im Falle von Mängeln oder Schwachstellen – zu **verbessern** (...)

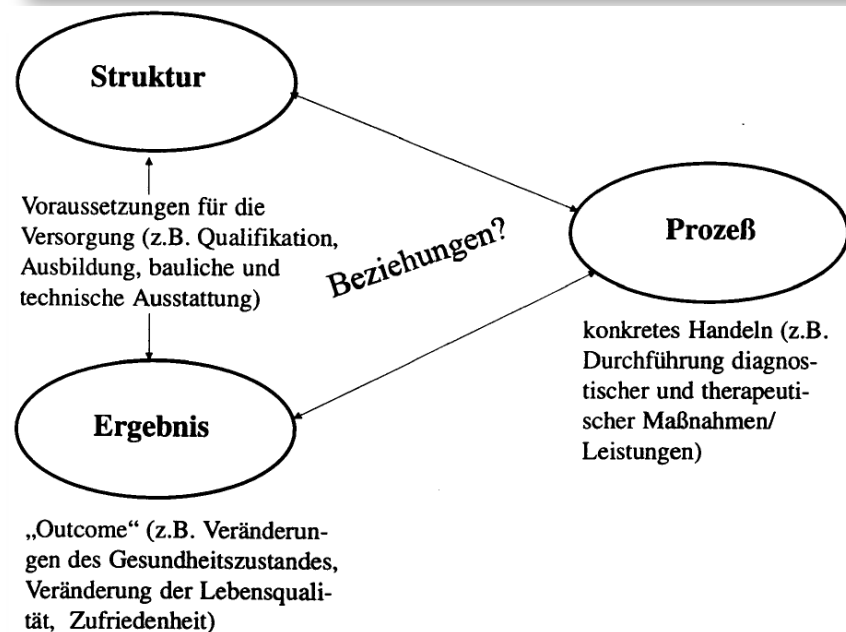
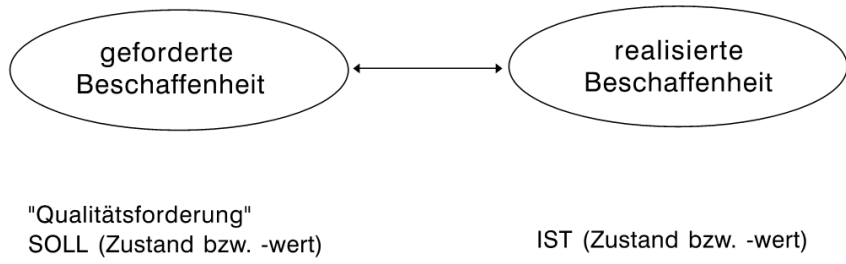
Teilziele der QS:

- Schaffung bzw. Erhöhung von **Transparenz**
- Überprüfung der **Effektivität** sowie der
- **Wirtschaftlichkeit** (Kosten-Nutzen-Relation) der erbrachten Behandlung“

„Qualität kann dabei als **mehrdimensionales Konstrukt** betrachtet werden, das man nicht selbst messen, sondern nur über unterschiedliche **Indikatoren** – jeweils ausschnittweise – erfassen kann“

Nübling & Schmidt (1998a)

Qualitätssicherung



Nübling & Schmidt (1998a)

- Allgemeine Definition Qualität: Verhältnis zwischen Forderung (SOLL) und Realisierung (IST)
- Unterscheidung Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Outcome; Donabedian, 1966)
- **3 Missverständnisse der QS** (Selbmann, 1995): Verwechslung mit a) Datenerfassung, b) Forschung und c) Kontrolle
- Qualität ist relativ, sie ist abhängig von der Position des Betrachters und damit abhängig von Zielen, Erwartungen, Festlegungen → Stakeholderinteressen
- **Kardinalfragen** der QS:
 - Wer soll Qualitätssicherung betreiben?
 - Wie soll Qualitätssicherung durchgeführt werden?
 - Wer soll die Maßstäbe (Standards) setzen?
 - Wer soll die Durchführung der Qualitätssicherung kontrollieren?

Strukturqualität in der Psychotherapie

- Wer darf/kann sich PsychotherapeutIn nennen? **Titelschutz** etc
- **Qualität/Umfang der Ausbildung:** Wie umfangreich/intensiv sind die unterschiedlichen Psychotherapieausbildungen (z.B. zwischen Psychologischen PsychotherapeutInnen und PsychiaterInnen)
- **Welche Verfahren** sind **zugelassen**/werden finanziert? **Wissenschaftliche Anerkennung** der zugelassenen Verfahren?
- Welche Form der kontinuierlichen **Therapiedokumentation** ist vorgesehen?
- Wer führt **qualifizierte Diagnostik** durch? Wer entscheidet über die **Indikation** zu einer Psychotherapie?
- Ist eine **kontinuierliche Fort-/Weiterbildung Supervision/Intervision** vorgesehen/garantiert? Verpflichtung?
- Außerdem u.a. Ausstattung, Räumlichkeiten, Erreichbarkeit, der PT-Praxis, Vernetzung/Kooperation, Organisationsstruktur, Qualitätsleitlinien

Härter et al. (2003), Laireiter et al. (2003), Nübling & Schmidt (1998a)

Prozessqualität in der Psychotherapie

- **Systematische Organisationsabläufe**
- **Strukturierung/Standardisierung** therapeutischer Schritte/Prozesse, Systematische klinische Diagnostik/Indikation/Therapieplanung, therapiebegleitende Diagnostik
- **Leitliniengerechte Durchführung** von Psychotherapien?
- Therapeutische Arbeitsbeziehung? Working **Alliance**?
- **Verlauf** der Psychotherapie: Erfassung des Stundenverlaufs? Verlaufsmessungen?
- Formale Kriterien/Standards: Transparenz

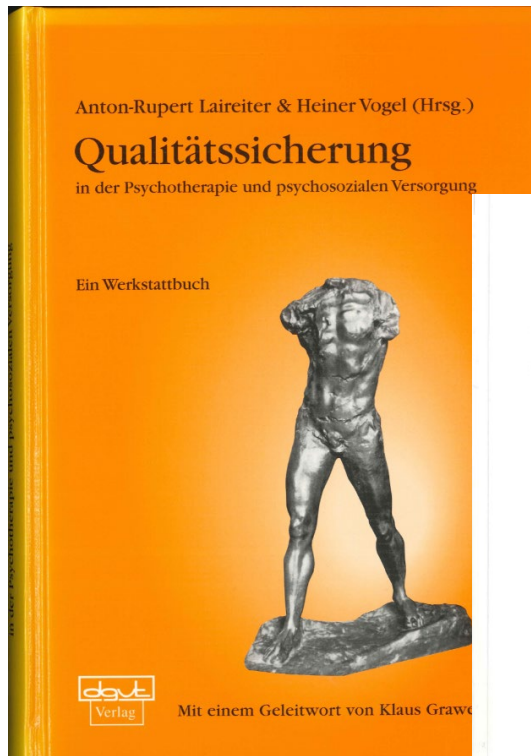
Härter et al. (2003), Laireiter et al. (2003), Nübling & Schmidt (1998a)

Ergebnisqualität in der Psychotherapie

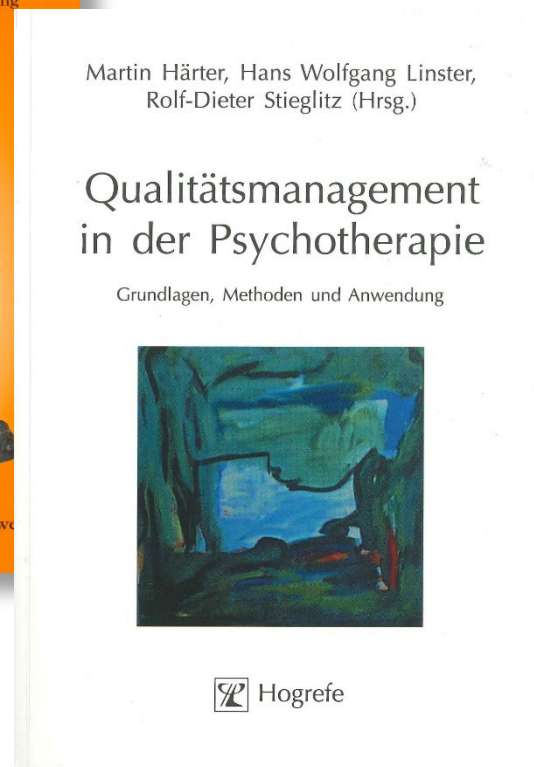
- **Kriterienproblematik/Auswahl der Kriterien, multimodale Erfassung von Outcomes, multiple Ergebniskriterien**
- Arten der **Veränderungsmessung: direkt, indirekt, quasi-indirekt, Zielorientierte Ergebnismessung**
- **kurzfristige vs. längerfristige** Outcomemessung
- Welche Messinstrumente? **Allgemeine** Ergebnisqualität, **störungsspezifische** Ergebnisse, u.a. Angst, Depression, Essstörungen, somatoforme Störungen, Patientenzufriedenheit, gesundheitsökonomische Parameter (AU-Zeiten, Return to Work, Work Ability)
- **Länge/Umfang** der Messinstrumente („keep it simple“), lizenziert/linzenzfrei
- **Kritische Differenz, Klinische Signifikanz, Effektstärken**
- Selbst- vs. Fremdeinschätzung → Bedeutung von **Patient Reported Outcomes (PROs)**

Härter et al. (2003), Laireiter et al. (2003), Schmidt et al. (2015), Nübling & Schmidt (1998a)

Qualitätssicherung in der Psychotherapie



Laireiter & Vogel (1998)
Härter et al. (2003)



- Modellvorhaben QS in der Psychotherapie seit ca. Anfang der 1990er Jahre
- Große überregionale Studien zur QS in der PT im Rahmen von Versorgungsforschung
- Routinedokumentationssysteme zur Qualitätssicherung in der PT

→ Einige Beispiele

Zweigleisiges empirisches QS-Modell

Schmidt, Nübling & Lamprecht, 1992; Nübling & Schmidt 1998

Möglichkeiten klinikinterner Qualitätssicherung (QS) auf der Grundlage eines Basis-Dokumentations-Systems sowie erweiterter Evaluationsstudien

J. Schmidt, R. Nübling, F. Lamprecht
 Psychosomatische Klinik Schönberg (Klinischer Direktor: Prof. Dr. F. Lamprecht)
 Abt. Psychotherapie u. Psychosomatik der Uni

Interne Qualitätssicherung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation: Erfahrungen mit einem „zweigleisigen Modell“

Rüdiger Nübling & Jürgen Schmidt

Inhalt:

1. Einleitung	335
2. Kontinuierliche Datenerhebungen („Gleis 1“)	337
2.1 Basisdokumentation	337
2.2 Patientenbefragung bei Entlassung	344
3. Zeitlich befristete Datenerhebungen: Programmevaluation („Gleis 2“)	344
4. Diskussion	349

Key words

quality assurance – quality control – psychomatic rehabilitation – evaluation of psychotherapy

1. Einleitung

Qualitätssicherung (QS) in der Rehabilitation meint allgemein die Prüfung, Sicherung und Verbesserung rehabilitativen Versorgung (Pöhlitz et al. 1991). Eine funktionelle QS im Bereich des Gesundheitswesens wird von

Gesundh. Wes. 54(1992) 70–80
 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York

1. Einleitung

Empirisch gestützte Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung (QS) haben vor allem im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation eine weit vor den gesetzlichen Bestimmungen (Gesundheitsreformgesetz von 1989: SGB V) einsetzende Tradition (Nübling & Schmidt, in diesem Band; Schmidt & Nübling, 1995). So wurden in einigen verhaltenstherapeutisch und psychoanalytisch orientierten Kliniken seit Mitte der 80er Jahre QS-Ansätze entwickelt, die in Klinikverbänden eingesetzt wurden. Diesen Ansätzen ist u.a. gemeinsam, daß sie ihren Ausgangspunkt in der Evaluationsforschung haben und daß sie hohe laufende Patientenzahlen (pro Jahr bis zu 2000) zu berücksichtigen hatten. Letztere Settingbedingungen machen praktikable und ökonomische Systeme erforderlich, die in den Routineablauf einer Einrichtung integrierbar sind. Strukturierte, im Kern vergleichbare Instrumente zur Erhebung von Patienten- und Behandlungsdaten im Sinne von Basisdokumentationen (Datenquelle: i.d.R. behandelnde Ärzte/Psychologen) und Fragebogen-Verfahren (Datenquelle: Patient) sind deshalb Methoden der Wahl.

Schmidt et al. (1992)
 Nübling & Schmidt (1998b)

Gleis 1

ROUTINEMONITORING

Ziel: Qualitätssicherung durch kontinuierliche Rückmeldung von Behandlungsergebnissen

fortlaufende Erhebung

Kurzfragebogen

einmalige Messung (Entlassung oder Katamnese)

ökonomisch durchführbar

Datenquellen: Patienten und Kliniktherapeuten

Gleis 2

PROGRAMMEVALUATION

Ziel: Umfassende Bewertung von Behandlungsergebnissen durch erweiterte Datenanalyse

zeitlich begrenzte Studie

Umfangreiche Datenerhebung

mehrere Messungen (Aufnahme, Entlassung, Katamnese)

aufwendig in der Durchführung

Datenquellen: zusätzlich externe Beurteiler, Labor, Akten

QS-Modelle für/in der Psychotherapie (frühe Beispiele)

- **Bern:** Basisdokumentation, u.a. SCL90, EMI, IIP, GT, SOC, BDI, EDI, B-L, VEV dazu Stundenbogen (Grawe & Braun 1994)
- **Heidelberg/AKQUASI:** PsyBado, KPD-38, HAQ, IIP, ZUF8 (Kordy & Lutz 1995, Lutz et al 1996, Persevic 2006)
- **Freiburg:** Basisdokumentation, Praxis-Bogen, SCL90, VEV, HAQ (Scheidt et al. 1998, 1999)
- **Braunschweig:** FB Lebensgeschichte, DIPS, SCL90, BDI, VEV (Schulz et al, 1998)
- **Innsbruck:** PSYCHODOK, Vorschlag: SCL90/BSI, BDI, SKID, BF, B-L, IIP, QoL (Laireiter 2003)

Lutz W (1993) Qualitätssicherung stationärer Psychotherapie. Entwicklung und Implementierung eines Prototyps. Diplomarbeit am Psychologischen Institut, Universität Heidelberg

Psychotherapie Forum (1995) 3: 197-206

PSYCHOTHERAPIE
FORUM
© Springer-Verlag 1995
Printed in Austria

H. Kordy und W. Lutz

Das Heidelberger Modell: Von der Qualitätskontrolle zum Qualitätsmanagement stationärer Psychotherapie durch EDV-Unterstützung*

Zusammenfassung Das deutsche Gesundheitsreformgesetz von 1988 verlangt von allen Anbietern medizinischer Leistungen die Einrichtung von qualitätssichernden Maßnahmen. Dies ist bisher nur an wenigen Orten und für bestimmte Fachbereiche realisiert. Es besteht ein Mangel an Instrumenten zur Herstellung relevanter Daten sowie an organisatorischem Wissen zu deren Nutzung für ein modernes Qualitätsmanagement.

Hauptziel des dargestellten Projektes ist der modellhafte Aufbau und die Erprobung eines computergestützten Qualitätsmanagements (QM) für die stationäre Psychotherapie. Technisch stand die Entwicklung des Computerprogramms im Vordergrund. Zeitlich parallel wurden ein:

- Inventar zum routinemäßigen Monitoring,
- Algorithmus für die Ergebnisbewertung,
- Kommunikationskonzept zur Rückmeldung entwickelt.

Das Modell wurde für verschiedene Versorgungsbereiche - im Krankenhaus wie im Rehabereich - erfolgreich angepasst. Explorative Datenanalysen an 118 Fällen belegen die Nützlichkeit des QM nach dem Heidelberger Modell.

Schlüsselwörter: Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, computer-unterstützt, stationäre Psychotherapie.

The Heidelberg model of computer-aided quality assurance: From quality control to quality management of inpatient psychotherapy

Abstract The GRG (law for reformation of health services) from 1988 commits all suppliers of therapeutic services in Germany to make arrangements for quality assurance. Up to now that task is realized only at few places and for certain service areas. There is still a lack of measurements for producing relevant data and a deficiency in organizational know-how for using these data for quality management.

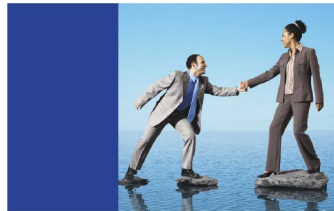
The main goal of the described project is setting up and evaluating a model of computer aided quality management for inpatient psychotherapy. Considering the technical needs the development of the computer programme was given emphasis. Parallel in time:

- an inventory for routine monitoring,
- an algorithmus for assessing therapy results,
- a feedback concept

were developed. The model was adjusted to various areas of the service system - to clinics as well as to rehabilitation centres. Explorative data analysis for 118 cases support the usefulness of QM according to the Heidelberg Model.

Keywords: Quality assurance, quality management, computer aided, inpatient psychotherapy.

QS-Studien in der ambulanten Psychotherapie



Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie

ABSCHLUSSBERICHT

Psychiatry Research, 2013
http://dx.doi.org/10.1080/10963707.2013.856046

Modelvorhaben der Technach § 63 Abs. 1
EMPIRICAL PAPER

Benefits and challenges in practice-oriented psychotherapy research in Germany: The TK and the QS-PSY-BAY projects of quality assurance in outpatient psychotherapy

BERNHARD MICHAEL STRAUSS¹, WOLFGANG LUTZ², ANDRÉS STEFFANOWSKI³, WERNER W. WITTMANN⁴, JAN R. BOEHNKE⁵, JULIAN RUBELE⁶, CARL E. SCHEIDT⁷, FRANZ CASPARI⁸, HEINER VOGEL⁹, UWE ALTMANN¹⁰, KOLE STREYER¹¹, ANNA ZIMMERMANN¹², ELLEN BRUCKMAYER¹³, FRIEDRICH VON HEYMANN¹⁴, DIETMAR KRÄMER¹⁵, & HELMUT KIRCHMANN¹⁶

¹Institute of Psychosocial Medicine and Psychotherapy, University Hospital Jena, Jena, Germany; ²Clinical Psychology and Psychotherapy, University of Trier, Trier, Germany; ³IPD Psychologische Heilberufe, Germany; ⁴Charité-Clinic for Digital Psychology, Marquardt, Germany; ⁵Psychosomatische Medizin, University Hospital, Freiburg, Germany; ⁶Department of Psychology, University of Bamberg, Bamberg, Germany; ⁷Department of Psychology, University of Würzburg, Würzburg, Germany; ⁸Department of Psychology, University of Jena, Jena, Germany; ⁹Institute Group, QS-PSY-BAY project, Marzahn, Germany; ¹⁰Institution of Secondary Health Insurance Physicians (GKV), Marzahn, Germany

(Received 28 April 2013; revised 23 September 2013; accepted 10 October 2013)

Abstract
Objective: Two patient-focused long-term research projects implemented in the German outpatient psychotherapy system are focused on in this article. The TK (Technischer Krankheitswert) project is the first study to evaluate a quality assurance and feedback system with regard to its practical feasibility in German practice sites. The other study 'Quality Assurance in Outpatient Psychotherapy in Bavaria' (QS-PSY-BAY) was designed to test a new approach for quality assurance in outpatient psychotherapy using electronic documentation of patient characteristics and outcome parameters. In addition, this project provides the opportunity to analyze data on health-related costs for the patients undergoing outpatient psychotherapy.
Method: Both projects and their results including high effect sizes are briefly described. Results from the perspective of the research team, advisory boards and other stakeholders, the experiences with these projects are discussed focusing on obstacles, challenges, difficulties, and benefits in developing and implementing the studies. The strategic collaboration of therapists, researchers, and health insurance companies/health service institutions turned out to be fruitful in both studies.
Conclusions: Despite some controversies between the partners the experiences indicate the importance of practice-research collaborations to provide relevant information about the delivery of outpatient psychotherapy in the health system.

Keywords: outcome research, process research, mental health services research

Practice-oriented research within psychotherapy has recently been differentiated into three main approaches, i.e. patient-focused research, practice-based evidence, and practice research networks (Cannegieter, Barthelm, Lutz, & McGorry, 2013). Practice-oriented research evolved mainly from some doubts concerning the relevance of outcome research based on randomized controlled trials (RCT) for clinical practice due to its limited external validity. As a consequence, practice-based research has become a strong focus of interest as an alternative to the 'top down' evidence provided by traditional outcome research, and an attempt to take practitioners' concerns related to research seriously. The two projects focused on in this article can be best located in the area of patient-focused research

Correspondence concerning this article should be addressed to Bernhard Michael Strauss, University Hospital Jena, Institute of Psychosocial Medicine and Psychotherapy, Jena, Germany. Email: bstrauss@ipm.uni-jena.de

© 2013 Society for Psychotherapy Research

- **TK-Studie** Qualitätssicherung von PT (Wittmann, Lutz et al., 2011)
 - n=1708 Patienten, n=245 Therapeuten, randomisiert KG/IG
 - Messzeitpunkte: Beginn, Ende, 1-Jahres-Katamnese, Verlauf nur IG
 - PROs: BSI, IIP, SF12, HAQ (allg); u.a. BDI, SOMS, EDI (störungsspez.)
 - Fremdrating: GAF, BSS, HAQ, OPD
 - Ergebnisse: $ES_{\text{overall_A-E}} = 1,16$, $ES_{\text{overall_A-K}} = 1,07$, ROI = 2 – 4
- **QS-Psy-Bay-Studie** (Strauß et al, 2013, Steffanowski, 2011)
 - n=1696 Patienten, n=217 Therapeuten
 - Messzeitpunkte: Erstkontakt, Ther-Beginn, Ende, 1-Jahres-Katamnese
 - PROs: PHQ, SEL, HAQ (allg)
 - Fremdrating: PsyBado, HAQ
 - Ergebnisse: $ES_{\text{overall_A-E}} = 0,88$, $ES_{\text{overall_A-K}} = 1,04$, ROI = 2 – 4

QS-Modelle für/in der Psychotherapie (aktuelle Beispiele)

Behaviour Research and Therapy 120 (2019) 103438

Contents lists available at ScienceDirect

Behaviour Research and Therapy

journal homepage: www.elsevier.com/locate/brat

Towards integrating personalized feedback research into clinical practice:
Development of the Trier Treatment Navigator (TTN)

Wolfgang Lutz*, Julian A. Rubel, Brian Schwartz, Viola Schilling, Anne-Katharina Deisenhofer
University of Trier, Germany

ARTICLE INFO

Keywords:
Routine outcome monitoring
Patient-focused feedback research
Personalized and precision mental health
Treatment navigation

ABSTRACT

In this study, a computer-based feedback, decision and cli be described - the Trier Treatment Navigator (TTN). Th related to personalized pre-treatment recommendations lection as well as personalized adaptive recommendations of 1234 patients treated with cognitive behavioral therap ques were used to develop personalized recommendation Drop-out analyses resulted in seven significant predic optimal treatment strategies resulted in differential predi reliable improvement rates. The dynamic failure boundar improvement or deterioration and indicated the usage probability to be reliably improved for patients identified probability for other patients (35% vs. 62.15%; $\chi^2_{(1)} = 1$ Results related to the computer-based feedback syste clinical applications as well as clinical training and futun

Qualitätsmerkmale und Versorgungsrelevanz psychodynamischer Ausbildungsambulanzen: Das QVA-Projekt

Cord Benecke, Matthias Volz¹

Summary

Quality characteristics and relevance to care of psychodynamic training outpatient clinics: The QVA Project

Introduction: Quality assurance (QA) in outpatient psychotherapy is currently undergoing a process of change. Hitherto, QA has been conducted by means of an expert review procedure (the so-called „Gutachterverfahren“), inter- and supervision as well as further mandatory training. Data-based QA systems have been increasingly discussed in recent years. On behalf of the G-BA, the IQTIG has recently published a draft of a legally binding QA procedure, which has, however, raised substantial concerns and resistance.

Design: The QVA project has two objectives. First, it provides participating training outpatient clinics with a data-driven QA system that enables an automated and risk-adjusted overall evaluation based on relevant patient and referral parameters. Second, the data is used to conduct research on important issues regarding the relevant psychotherapeutic care provided by outpatient clinics.

Results: Since the start of data collection in 2022, n = 2058 patients have been recruited so far (March 2023), and a complete baseline diagnostic report has been generated for n = 1112 patients. The cross-sectional analyses of all patients assessed so far show a high burden of depression, interpersonal problems and impaired quality of life with severe impairment of personality functions, pronounced conflict diagnosis and high utilization of inpatient and day hospital treatments.

Discussion: This paper describes an easy-to-implement data-based QA system for psychodynamic training outpatient clinics, while at the same time allowing for the examination of healthcare-relevant questions in a large sample. The first experiences show that the system works technically stable and was well-received by the participating outpatient clinics.

Z Psychosom Med Psychother 69/2023

- **Trier:** Trier Treatment Navigator (TTN), Assessment u.a. HSCL-11, OQ-30, FEP, BSI, ASQ, SKID; VT-Psychotherapieambulanz, n=1543, 2009-2016, mehrere Messzeitpunkte (Lutz et al., 2019)
- **Kassel:** QVA-Projekt, Psychoanalytische Ausbildungsambulanzen, u.a. PHQ, IIP, OPD, WHOQOL, DSQ, WAI, aktuell n=1878, 2022f, über 8 Jahre je 2 Messungen/Jahr (Benecke & Volz, 2023)

Beispiel DRV-QS-Programm Reha – Portal/Public Reporting



Portal: www.meine-reha.de

Qualität



Finden Sie Ihre Reha-Einrichtung: So geht's!

Sie kennen bereits den Namen einer potentiellen Reha-Einrichtung oder wollen eine Einrichtung über einen ICD-Code suchen? Geben Sie den Namen einer Reha-Einrichtung oder den Ihnen bekannten ICD-Code direkt in das Suchfeld ein. Probieren Sie es aus!

Suchbegriff eingeben

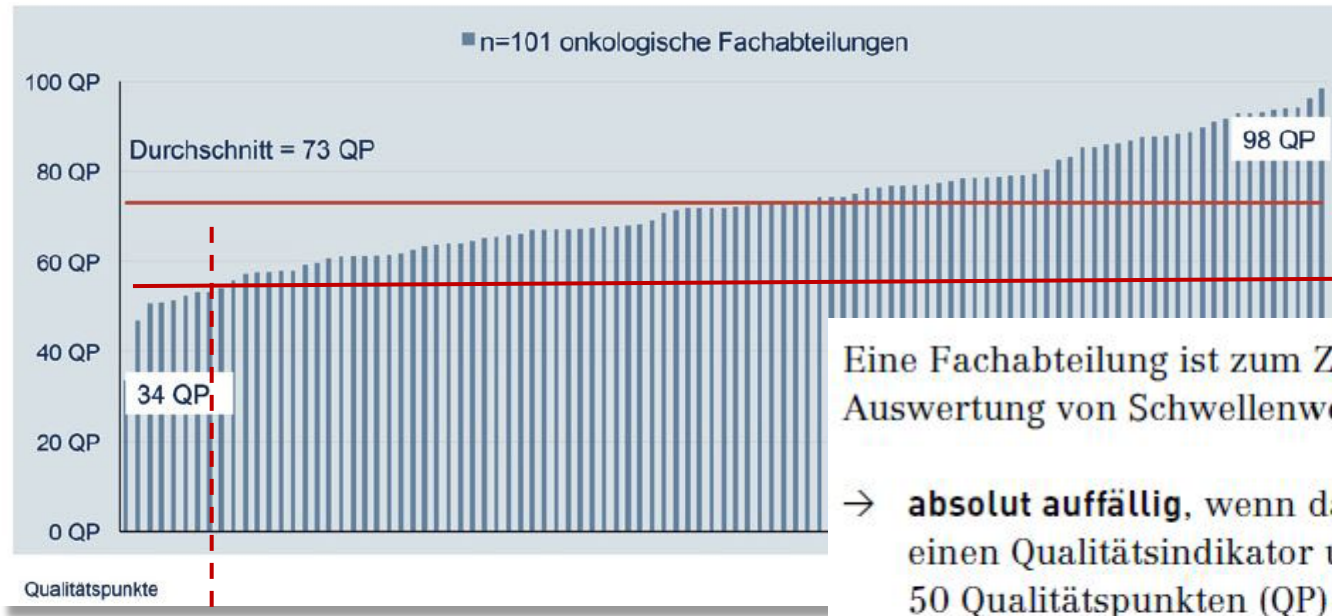
Datenbasis

Bewertungsinstrumente



DRV-QS-Programm Reha – Belegungssteuerung Strukturierter Qualitätsdialog (SQD)

Abbildung 3: Qualitätsindikator „subjektiver Behandlungserfolg“ – Onkologie



<10% relativ auffällig

< 50 QP absolut auffällig

Eine Fachabteilung ist zum Zeitpunkt der routinemäßigen (jährlichen) Auswertung von Schwellenwertunterschreitungen

- **absolut auffällig**, wenn das fachabteilungsbezogene Ergebnis für einen Qualitätsindikator unter dem absoluten Schwellenwert von 50 Qualitätspunkten (QP) – von 100 möglichen QP als Optimum – liegt.
- **relativ auffällig**, wenn das fachabteilungsbezogene Ergebnis für einen Qualitätsindikator unter einem festgelegten relativen Schwellenwert liegt. Der relative Schwellenwert eines Qualitätsindikators ist erreicht, wenn der Wert für den Qualitätsindikator zu den 10% der schlechtesten Werte im Vergleich zu den Fachabteilungen der Vergleichsgruppe gehört.

Beispiel Zufriedenheit mit PT-Ausbildungsinstituten PiA-Studie 2019

Psychotherapeuten¹ in Ausbildung (PiA): Rahmenbedingungen in den Ausbildungsinstituten und Abschnitt der Praktischen Ausbildung

Ergebnisse der PiA-Studie 2019 – Teil II

Rüdiger Nübling, Lilian Hartmann, Sophia Murzen, Katharina Niedermeier & Rainer Petzina

Zusammenfassung: Die PiA-Studie 2019 untersucht die Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA). In einer Online-Befragung wurden vor allem Daten erhoben, die sich auf die Rahmenbedingungen in den Ausbildungsabschnitten der „Praktischen Tätigkeiten“ (PT I und PT II) sowie in der „Praktischen Ausbildung“ (PA) beziehen. Teilgenommen haben bundesweit ca. 2.600 PiA. Der vorliegende Beitrag schließt an den in Ausgabe 2/2020 des Psychotherapeutenjournals publizierten Teil I an und konzentriert sich auf die allgemeinen Rahmenbedingungen der Ausbildung, die Gesamtkosten sowie auf die PA. Es zeigten sich größere Unterschiede – etwa bei der Ausbildungsdauer, den Kosten der Ausbildung, den Einnahmen während der PA sowie bei der Zufriedenheit der Ausbildungsteilnehmenden mit der Ausbildung – u. a. zwischen den Verfahren und den Ausbildungsinstituten. Die Ergebnisse werden kritisch diskutiert.

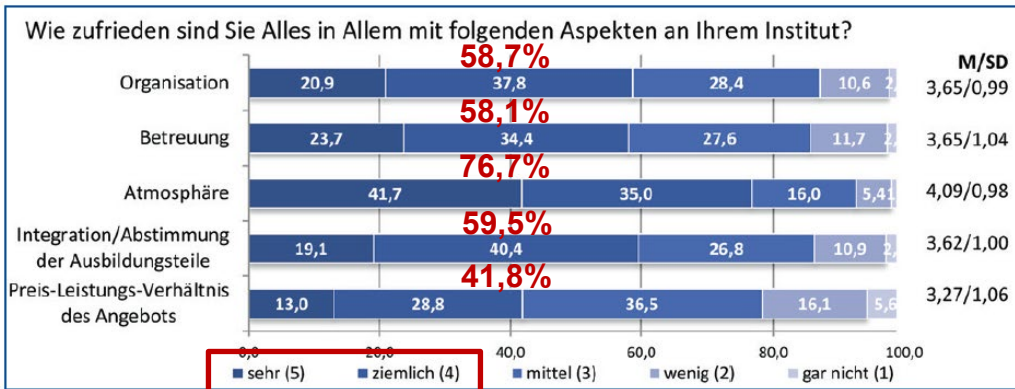


Abbildung 3: Zufriedenheit mit dem Ausbildungsinstitut, Einzelitems, $n_{max} = 2.616$

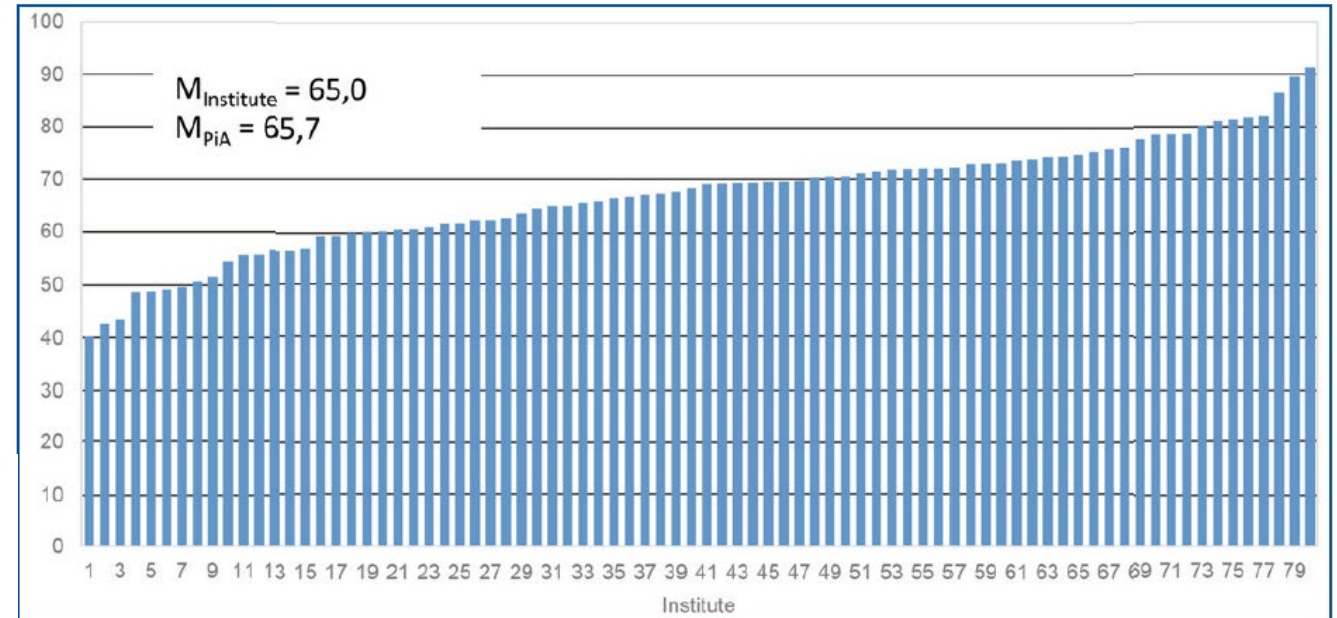


Abbildung 4: Skala Zufriedenheit mit dem Ausbildungsinstitut, in Qualitätspunkten. Vergleich Institute mit $n > 10$ Antworten; $n_{PiA} = 1.837$, $n_{Institute} = 80$

Nübling et al. (2020a, b)

Kurzvorstellung PSYQUA-Projekt zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie 2023f



Unterstützen Sie uns mit Ihrer Erfahrung in der ambulanten Psychotherapie!

PSYQUA – QS-Projekt Ambulante PT – Übersicht

Zur Qualität ambulanter Psychotherapie

Die Onlinestudie PsyQua zur Erfassung von Qualitätsaspekten ambulanter psychotherapeutischer Behandlungen durch Richtlinienpsychotherapie

Studienprotokoll

Version 3.0 (11.09.2023)

Rüdiger Nübling¹, Jürgen Schmidt¹, Udo Kaiser¹

Norbert Hartkamp², Jochen Rausch²

¹ Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen GfQG, Karlsruhe
² KLINDO, Krefeld

Karlsruhe/Krefeld, September 2023

- Zielsetzung: aktuelle Daten v.a. zur **Ergebnisqualität ambulanter Psychotherapie**
- Beitrag zur Diskussion über Methoden zur **routinemäßigen Qualitätssicherung** von Psychotherapie
- naturalistische Beobachtungsstudie, **Online-Befragung: www.psyqua.de**
- **Stichprobe:** angestrebt > 1000 Patienten (> 18 Jahre), die vor 1-3 Jahren amb PT in RL-Verfahren beendet haben
- **Prä-Post-Messung** durch **quasi-indirekte Veränderungsmessung** (retrospektive Prä- und Post-Messung (**einmalige** katamnestische Messung nach Therapie-Ende))
- Subjektive Patientenurteile/**Patient Reported Outcomes (PROs)**, u.a. gesundheitliche Lebensqualität, Beschwerden/ Symptombelastung, Arbeitsfähigkeit, Patientenzufriedenheit
- **Struktur-** (u.a. Anzahl Sitzungen)/**Prozessparameter** (u.a. Alliance).

PSYQUA – QS-Projekt Ambulante PT – Fragestellungen

- Wie können **Patienten**, die sich in eine **ambulante Psychotherapie** begeben haben, **beschrieben** werden? Mit welchen **Beschwerden/Problemen** gelangen sie in PT?
- Welche **Behandlungsergebnisse (Outcomes)** ergeben sich?
- Haben sich **die Probleme/Beschwerden**, wegen derer Patienten in psychotherapeutischer Behandlung waren, verbessert?
- Wie werden die von Fachpsychotherapeuten durchgeführten **Behandlungen von Patienten erlebt und bewertet**?
- **Welche Patienten profitieren** mehr, welche weniger von ambulanter Psychotherapie? Durch welche Ausgangsmerkmale können die **Outcomes vorhergesagt** werden?
- Ist die hier vorgeschlagene standardisierte Erfassung nach einer Psychotherapie (Katamnese) **nutzbar für eine kontinuierliche empirisch basierte Qualitätssicherung**?

PSYQUA – QS-Projekt Ambulante PT – Assessment/Skalen

- **Skalen u.a. Patient Health Questionnaire (PHQ-4)**, Angst-/Depressivität, **Gbesc** Gesundheitliche Beschwerden, **GB10** Gesundheitliches Befinden, **Helping Alliance Questionnaire (HAQ)**, **Work Ability Scale (WAS)**, **Outcome-Skala BESS8** direkte Veränderungsmessung, **ZUF-8** Patientenzufriedenheit
- **Return to Work (RTW)**: Berechnung RTW-Quoten : Zeitpunktquote und kumulative Zeitverlaufsquote), **Sozialmedizinisch relevante Parameter**: AU-Zeiten, Arbeitslosigkeit, Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte
- **Rahmen der Psychotherapie**: u.a. Beginn/Ende, Anzahl Stunden, Wartezeit, Verfahren; **Behandlungsmotivation, Setting, Finanzierung, Begleitbehandlung**
- **Chronifizierung**: Erstauftreten der Probleme/Symptome
- **Angaben/Einschätzungen zum behandelnden Psychotherapeuten**: demographisch, Therapieprozess, formale Aspekte wie Praxisorganisation, Sauberkeit
- Daten zur **Inanspruchnahme von Unterstützungen** nach **Therapieende**
- **Demographische Daten**

PSYQUA – Weitere Schritte/Ausblick

- Antrag Ethikvotum (Ärztekammer Niederrhein)
- Eintrag DRKS – Deutsches Register Klinischer Studien
- Bewerbung Studie über Social Media, Zeitschriften (u.a. Apothekenrundschau), Internetplattformen etc.,
- Start Datenerhebung ab Vorliegen Ethikvotum
- Erste Ergebnisse voraussichtlich Mitte 2024

Diskussion und Perspektiven

Ergebnisse psychotherapeutischer Versorgungsforschung

- 12-Monats-**Prävalenz**: ca. 30%
- max. ca. **15-20% der psychisch Erkrankten** erhalten **leitliniengerecht** Psychotherapie
- Prüfung der **Versorgungspfade**: Verhältnis somatischer vs. psychotherapeutischer Behandlung
- **Verhältnis** (billigerer) **ambulanter** (psychotherapeutischer) zu (teurerer) **stationärer** (v.a. psychiatrischer) Versorgung??
- **Verhältnis Psychotherapie zu Psychiatrie** (v.a. psychopharmakologischer Versorgung)?
- Nach wie vor: lange **Wartezeiten** in der ambulanten Psychotherapie auf Behandlung
- Hohe **Effektivität** und v.a. auch **Effizienz** von Psychotherapie → hoher volkswirtschaftlicher Nutzen
- **Allokationsentscheidungen** → **beträchtliche Fehlallokation??**

Rahmen für QS in der Psychotherapie

- Ebenen: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität, **Schwerpunkt Ergebnisqualität/Outcome**
- Inhalte (Schwerpunkt: **lizenzfreie** Verfahren!)
 - **Core Battery** (Basisdaten, Diagnosen, Schweregrad, Chronifizierung, kostenrelevante Parameter, Prä/Post-Messung psychische (Depression, Angst, etc) und körperliche Symptomatik (Beschwerdeliste), Alliance,...)
 - Ggf. **störungsspezifische Erweiterung**: Essstörungen, Somatoforme Störungen,...
- „**Keep it simple**“: Anzahl der **Messverfahren**, **Messzeitpunkte** (Prä/Post, Katamnestisch? Zwischenmessungen??), **Voll-/Stichprobenerhebung**, **Praktikabilität va für Praxen?**
- Messung der Outcome: **PROs (Schwerpunkt)** + Fremdbeurteilungen?, direkte/indirekte/quasi-indirekte **Veränderungsmessung**, Papier/elektronisch (Tablet, Handy etc)
- **Benchmarking**: Vergleiche zwischen PsychotherapeutInnen, Adjustierungen/“Fairer Vergleich“
- **QS-Kosten**: wer übernimmt diese, Management der Erhebungen, EDV-Systeme, Hard-/Software
- **Auswertende Stelle**, Routineauswertungen, **Zeitrhythmus**, **Rückkopplung** an PTs etc
- Potentieller **Nutzen** von **empirisch gestützter QS** in der Psychotherapie

- **Notwendig: Reform der Bedarfsplanung** → Anpassung an den realen, epidemiologisch begründbaren Bedarf
 - **kurzfristig: Sonderbedarfszulassungen**, Abbau der Barrieren für die **Kostenerstattung**
 - **längerfristig: neue Kassensitze**, insbesondere für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen und in ländlichen Regionen
- Berücksichtigung der **gesundheitsökonomischen Bedeutung** von ambulanter Psychotherapie, insbesondere durch Kostenträger und Politik
- **Stärkung des Fokus auf psychische Gesundheit**, v.a. schon im Kindes- und Jugendalter (Prävention), weitere **Entstigmatisierung** und auch **Entbagatellisierung** psychischer Erkrankungen
- Entwicklung und Erprobung einer **praktikablen, empirisch basierten Routine-QS** für die **ambulante Psychotherapie** notwendig
- Insgesamt von Bedeutung: **mit Daten Einfluss nehmen auf politische Entscheidungen**

Herzlichen Dank für die Einladung und für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt:

Dr. Rüdiger Nübling



Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Referat Psychotherapeutische Versorgung
und Öffentlichkeitsarbeit
Jägerstr. 40, 70174 Stuttgart
Tel.: 0711/674470-0
nuebling@lpk-bw.de
www.lpk-bw.de



GfQG

Gesellschaft für Qualität im
Gesundheitswesen

GfQG
Wendtstr. 1, 76185 Karlsruhe
Tel.: 0721/89337040
nuebling@gfqq.de
www.gfqq.de



Social Media:

<https://www.researchgate.net/profile/Ruediger-Nuebling>
<https://twitter.com/RNuebling>
<https://bsky.app/profile/rnuebling.bsky.social>
[linkedin.com/in/ruediger-nuebling-16415ba6](https://www.linkedin.com/in/ruediger-nuebling-16415ba6)



Zitierte Literatur I

- Benecke, C., Volz, M. (2023): Qualitätsmerkmale und Versorgungsrelevanz psychodynamischer Ausbildungsambulanzen: Das QVA-Projekt. In: Zts Psychosom Med Psychother, OA4. DOI: 10.13109/zptm.2023.69.0a4
- Bombana, M., Heinzl-Gutenbrunner, M., Müller, G. (2022): Psychische Belastung und ihre Folgen für die Krankheitskosten - eine Längsschnittstudie in Deutschland. In: Gesundheitswesen 84 (10), S. 911-918. DOI: 10.1055/a-1842-5458.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2011). BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK. Berlin, BPtK, Download unter: <http://www.bptk.de/publikationen/bptk-studie.html>.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2013a). 10 Tatsachen zur Psychotherapie. BPtK-Stellungnahme. Download unter [http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Standpunkte/10 Tatsachen zur Psychotherapie/20130412 BPtK Standpunkt 10 Tatsachen Psychotherapie.pdf](http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Standpunkte/10_Tatsachen_zur_Psychotherapie/20130412_BPtK_Standpunkt_10_Tatsachen_Psychotherapie.pdf)
- Bundespsychotherapeutenkammer (2013b). BPtK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit "Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung". [http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Studien/Arbeits- und Erwerbsunfaehigkeit/20140128 BPtK-Studie Arbeits-und Erwerbsunfaehigkeit-2013.pdf](http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Studien/Arbeits- und Erwerbsunfaehigkeit/20140128_BPtK-Studie_Arbeits-und_Erwerbsunfaehigkeit-2013.pdf)
- Bundespsychotherapeutenkammer (2018). Ein Jahr nach der Psychotherapierreform. Wartezeiten 2018. https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf
- Bundespsychotherapeutenkammer (2019). Praxis-Info Psychotherapierichtlinie. https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20170702_praxisinfo_psychotherapie-richtlinie.pdf
- Cronbach, L.J. & Gleser, G.C. (1965). Psychological Test and Personnel Decisions. 2nd Ed., Urbana, University of Illinois Press.
- Deutsche Angestelltenkrankenkasse DAK (2015). Psychoreport 2015: Deutschland braucht Therapie. https://www.dak.de/dak/download/Psychoreport_2015_Deutschland_braucht_Therapie-1718790.pdf
- Donabedian, A. (1992): The role of outcomes in quality assessment and assurance. Quality Review Bulletin, 18, 356-360.
- Egeter, J., Wintner, L.M., Huber, N., Rumpold, G., Sperner-Unterweger, B., Bliem, H.R. & Holzner, B. (2018). Elektronisches Routine-Outcome-Monitoring (eROM) in Psychiatrie und klinischer Psychologie. Psychopraxis Neuropraxis 21 (Suppl 1), S19-S27.
- Gaebel, W., Kowitz, S., Fritze, J. & Zielasek, J. (2013). Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen. Sekundärdaten von drei gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund. Deutsches Ärzteblatt, 110(47), 799-808.
- Grawe, K. & Braun, U. (1994). Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. Z Klin Psychol, 23 , 242-267.
- IGES/DAK (2022). Psychreport 2022. Entwicklungen der psychischen Erkrankungen im Job. <file:///C:/Users/R%C3%BCdiger%20N%C3%BCbling/Downloads/report-2533050.pdf>

Zitierte Literatur II

- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J. et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, 85, 77–87
- Grawe, K. & Braun, U. (1994). Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Z Klin Psychol*, 23 , 242-267.
- Härter, M., Linster, H.-W. & Stieglitz, R.-D. (2003) (Hrsg): Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. Göttingen, Hogrefe.
- Kordy, H. (2008). Psychosoziale Versorgungsforschung. Eine wissenschaftliche und politische Herausforderung. *Psychotherapeut*, 53, 245-253.
- Kordy, H. & Lutz, W. (1995). Das Heidelberger Modell: von der Qualitätskontrolle zum Qualitätsmanagement stationärer Psychotherapie durch EDV-Unterstützung. *Psychotherapie Forum*, 3, 197-206.
- Laireiter, A.-R. (2003). Qualitätsmanagement in der Verhaltenstherapiepraxis. In: Härter, M., Linster, H.-W. & Stieglitz, R.-D. (Hrsg): Qualitätsmanagement in der Psychotherapie (S. 215-239). Göttingen, Hogrefe.
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy. A Meta-Analysis. *JAMA*, 300, 1551-1565.
- Lutz, W., Stammer, H., Leeb, B., et al. (1996). Das Heidelberger Modell der Aktiven Internen Qualitätssicherung stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 41, 25-35.
- Lutz, W., Rubel, J. A., Schwartz, B., Schilling, V., Deisenhofer, A.-K. (2019). Towards integrating personalized feedback research into clinical practice: Development of the Trier Treatment Navigator (TTN). *Behav Res Ther* 120, 103438.
- Margraf J. (2009). *Kosten und Nutzen der Psychotherapie*. Berlin: Springer
- Melchior, H., Schulz, H., Härter, M. et al. (2014). *Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Diagnostik. und Behandlung von Depressionen.* Bertelsmannstiftung, <https://depression.faktencheck-gesundheit.de/>
- Müller, G., Bombana, M., Heinzl-Gutenbrenner, M., Kleindienst, N., Bohus, M., Lyssenko, L. & Vonderlin, R. (2021): Socio-economic consequences of mental distress: quantifying the impact of self-reported mental distress on the days of incapacity to work and medical costs in a two-year period: a longitudinal study in Germany. In: *BMC Public Health* 21 (1), S. 625. DOI: 10.1186/s12889-021-10637-8.
- Nübling, R. (2019). Sturmflug der Schweizer Psychiatrie gegen eine Barriere freiere psychotherapeutische Versorgung. Einige ergänzende Fakten zum „Koordinierten Anordnungsmodell“ der Swiss Mental Health Care (SMHC) Organisationen. Internetpublikation Download: <http://bit.ly/35DiUCT>
- Nübling, R., Bär, T., Jeschke, K., et al. (2014a). Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland: Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal* 13, 389-397.
- Nübling, R., Hartmann, L., Murzen, S., et al (2020b). Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA): Rahmenbedingungen in den Ausbildungsinstituten und Abschnitt der Praktischen Arbeit (PA) – Ergebnisse der PiA-Studie 2019 Teil II. *Psychotherapeutenjournal*, 19 (3), 222-231.

Zitierte Literatur III

- Nübling, R., Jeschke, K., Ochs, M. & Schmidt, J. (2014b). Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland. Eine Befragung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in fünf Bundesländern als ein Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung. Ergebnisbericht. Stuttgart, LPK Baden-Württemberg. Download <https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/news/2018/nubling-jeschke-et-al-kev-ambul-pt-bericht-2018-final-16102018.pdf>
- Nübling, R. & Jeschke, K. (2018a). Kostenerstattung in der ambulanten Psychotherapie. Stuttgart/Berlin. Download unter: <https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/news/2018/nubling-jeschke-et-al-kev-ambul-pt-bericht-2018-final-16102018.pdf>
- Nübling, R., Kaiser, U., Kriz, D. & Schmidt, J. (2018b). Bedeutung von Patient Reported Outcomes (PROs) für Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in der medizinischen Rehabilitation - Fortlaufendes Qualitätsmonitoring durch kontinuierliche Rehabilitandenbefragungen. Prax Klin Verhaltensmed Rehab, Heft 103, 31, 182-195.
- Nübling, R., Kaluscha, R., Krischak, G., Kriz, D., et al. (2017). Ergebnisqualität medizinischer Rehabilitation: Zum Zusammenhang zwischen „Patient Reported Outcomes“ (PROs) und geleisteten Sozialversicherungsbeiträgen. Rehabilitation 56, 22-30.
- Nübling, R., Niedermeier, K., Hartmann, L., et al. (2020a). Psychotherapeutinnen in Ausbildung (PiA) in den Abschnitten Praktische Tätigkeit I und II – Ergebnisse der PiA-Studie 2019. Psychotherapeutenjournal, 19 (2), 128–137.
- Nübling, R. & Schmidt, J. (1998a). Qualitätssicherung in der Psychotherapie – Grundlagen, Realisierungsansätze, künftige Aufgaben. In A.-R. Laireiter, A-R & H. Vogel (Hrsg), Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – Ein Werkstattbuch (S. 49-74). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Nübling, R. & Schmidt, J. (1998b). Interne Qualitätssicherung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Erfahrungen mit einem „zweigleisigen Modell“. In A.-R. Laireiter, A-R & H. Vogel (Hrsg.), Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – Ein Werkstattbuch (S. 335-353). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Nübling, R., Schulz, H., Schmidt, J. & Bassler, M. (2020c): Evaluation Psychosomatischer Rehabilitation. In Köllner, V. & Bassler, M. (Hrsg.). Praxishandbuch Psychosomatische Medizin in der Rehabilitation (S. 425 – 438). München, Elsevier
- Nübling, R., Schmidt, J., Kriz, D., Kobelt, A. & Bassler, M. (2018). Routine-Assessment Psychosomatik (RAP) – Konzept, Implementierung und Ergebnisse eines Dokumentationssystems für die psychosomatische Rehabilitation. Prävention und Rehabilitation 30(2), 52-66.
- Percevic, R., Gallas, C., Arian et al. (2006). Internet-gestützte Qualitätssicherung und Ergebnismonitoring in Psychotherapie, Psychiatrie und psychosomatischer Medizin. Psychotherapeut, 51, 395–397. Rubel, J.A., Zimmermann, D., Müller, V. & Lutz, W (2017). Qualitätssicherung in der Psychotherapie, PPM 67, 436-448.
- Rabe-Menssen, C. & Maaß, E. (2021). Report Psychotherapie 2021. Deutsche Psychotherapeutenvereinigung DPtV, Berlin https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Report_Psychotherapie/DPtV_Report_Psychotherapie_2021.pdf
- Scheidt, C.E., Seidenglanz, K., Dieterle, W., et al. (1998). Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie Ergebnisse einer Untersuchung in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen. Teil 1: Therapeuten, Patienten, Interventionen. Psychotherapeut, 43, 92-101.

Zitierte Literatur IV

- Scheidt, C.E., Seidenglanz, K., Dieterle, W., et al. (1999). Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie Ergebnisse einer Untersuchung in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen. Teil 2: Behandlungsverlauf und Behandlungsergebnisse. *Psychotherapeut*, 44, 83-93.
- Schmidt, J; Nübling, R; Lamprecht, F (1992): Möglichkeiten klinikinterner Qualitätssicherung (QS) auf der Grundlage eines Basis-Dokumentations-Systems sowie erweiterter Evaluationsstudien. *Gesundh-Wes* 54, 70-80.
- Schmidt, J., Nübling, R. & Kaiser, U. (2022): Ergebnisqualität medizinischer Rehabilitation im Spiegel singularer und multipler Ergebniskriterien – Wo steht die Psychosomatische Rehabilitation im Indikationenvergleich? *Die Rehabilitation*, 61: 250–263, DOI 10.1055/a-1871-4738
- Schmidt, J., Schmid-Ott, G. & Nübling, R. (2015). Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung. In Schmid-Ott, G. Wiegand-Grefe, S., Jacobi, C., Paar, G.H., Meermann, R. & Lamprecht, F.: *Rehabilitation in der Psychosomatik* (S. 441-472). München, Schattauer.
- Schöffski, O., Schulenburg, J.-M. v. (Hrsg.)(2012). *Gesundheitsökonomische Evaluationen*. Heidelberg, Springer.
- Schulenburg, J.-M. v. (2012). Entscheidungsunterstützung durch gesundheitsökonomische Evaluation in Deutschland aus Perspektive der Wissenschaft. *Bundesgesundheitsbl* 2012 · 55:660–667
- Selbmann, H.-K. (1995). Konzept und Definition medizinischer Qualitätssicherung. In W. Gaebel (Hrsg.), *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus* (S. 3-10). Wien, Springer.
- Statistisches Bundesamt (2013a). Grunddaten der Krankenhäuser 2012. www.destatis.de.
- Statistisches Bundesamt (2013b). Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2012. www.destatis.de.
- Statistisches Bundesamt (2013c). Gesundheitsausgaben. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Gesundheitsausgaben.html>
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W. & Nübling, R. (2007). Metaanalyse der Effekte psychosomatischer Rehabilitation. Bern, Huber.
- Steffanowski, A., Kramer, D., Fembacher, A., et al. (2011). Praxisübergreifende Dokumentation der Ergebnisqualität ambulanter Psychotherapie in Bayern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40, 267–282. doi:10.1026/1616-3443/a000124
- Strauss, B., Lutz, W., Steffanowski, A., Wittmann, W.W. et al. (2013). Benefits and challenges in practice-oriented psychotherapy research in Germany: The TK and the QS-PSY-BAY projects of quality assurance in outpatient psychotherapy. *Psychother Res*, <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2013.856046>
- Wittmann, W.W., Lutz, W., Steffanowski, A., et al. (2011). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse - Abschlussbericht. Hamburg: TK. https://api.bptk.de/uploads/TK_Abschlussbericht_Qualitaetsmonitoring_in_der_ambulanten_Psychotherapie_474b2bbc7e.pdf

Zitierte Literatur V

Wittmann, W. W., Nübling, R. & Schmidt, J. (2002). Evaluationsforschung und Programmevaluation im Gesundheitswesen. Zeitschrift für Evaluation, 1, 39-60.

Wunsch, E.-M., Kliem, S., Grochowski, A. & Kröger, C. (2013). Wie teuer wird es wirklich? Kosten-Nutzen-Analyse für Psychotherapie bei Angst- und affektiven Störungen in Deutschland. Psychologische Rundschau, 64 (2), 75 – 93

Zielke, M., Borgart, E.-J., Carls, W. et al. (2004). Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie verhaltensmedizinischer Psychosomatik in der Klinik. Lengerich, Pabst.

Zielke, M. & Mark, N. (1991). Iatrogene Chronifizierung – Überlegungen zu Ursachen und Wirkungen medizinischer Fehlbehandlungen. Report Psychologie, 16, 22-33.

Anhang

Psychotherapierichtlinie – Verfahren und Methoden

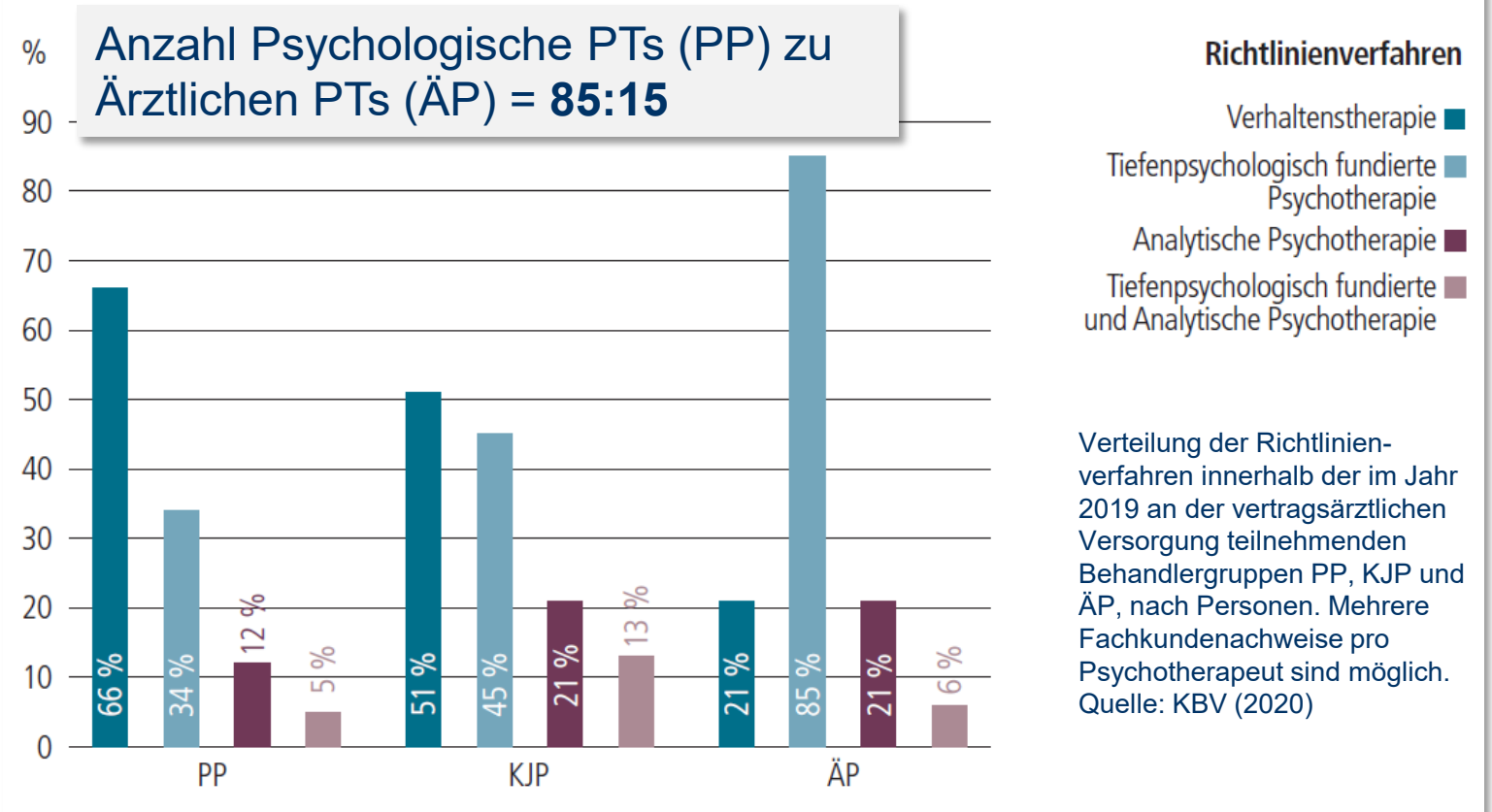
Verfahren

- Tiefenpsychologisch fundierte PT
- Analytische PT
- Verhaltenstherapie
- Systemische Therapie

Methoden

- Katathymes Bilderleben
- Rational Emotive Therapie (RET)
- Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Verteilung der Richtlinienverfahren



AU-Tage/Krankheitskosten vs Schweregrad psychisch

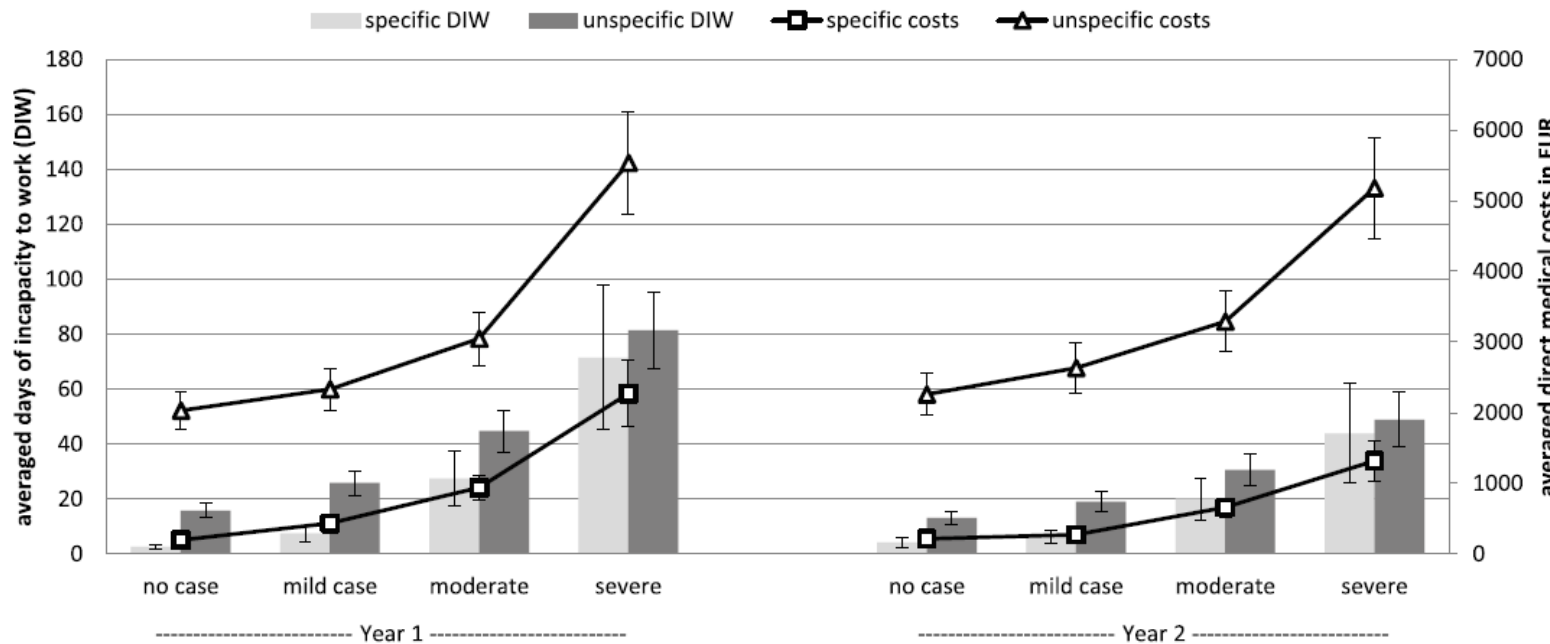


Fig. 1 Mean scores of specific and non-specific days of incapacity to work (DIW) on the left y-axis and specific and non-specific medical costs (MC) on the right y-axis in the first and second year after HADS assessment, depending on the HADS severity score. Specific = DIW or MC due to mental illness. Non-specific = DIW or MC due to all diagnoses. Results are controlled for age, gender, marital status, education, and employment status. Error bars represent standard errors

Erhöhtes Risiko je Schweregrad

➤ Bsp. Krankheitskosten

Mild: 1,5 – 2-fach

Moderat: **3,1 – 4,2-fach**

Schwer: **5,2 – 9,1-fach**

Je höher der Schweregrad der psychischen Erkrankung, desto höher die Kosten für Behandlung und Arbeitsunfähigkeit

Quelle: Müller et al. 2021
Bombana et al. 2022

Schweregradeinteilung nach HADS Hospital Anxiety and Depression Scale; N=3.228

Psychische Erkrankungen bei Kinder und Jugendliche

☰ Menü

ZEIT ONLINE

Abo testen

Pandemiefolgen: Zunahme von Depressionen, Angst- und Essstörungen



Gesellschaft

Mehr Hilfen für Schüler bei psychischen Problemen gefordert

25. April 2023, 7:07 Uhr / Quelle: dpa Niedersachsen /

ZEIT ONLINE hat diese Meldung redaktionell nicht bearbeitet. Sie wurde automatisch von der Deutschen Presse-Agentur (dpa) übernommen.

Schulangst, Essstörungen, Mediensucht: Viele Kinder und Jugendlichen sind auch nach dem Ende der Corona-Pandemie psychisch stark belastet. Aus Sicht von Fachleuten müssen für die seelische Gesundheit von Heranwachsenden weit größere Anstrengungen unternommen werden als bislang. «Viele Kinder haben als Folge der Pandemie Schwierigkeiten im Alltag. Sie haben Ängste in der Schule oder finden nicht den Weg zurück in den Sport- oder Musikverein», sagte Cornelia Metge, Vorstandsmitglied der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), der Deutschen Presse-Agentur.

Gefordert werden unter anderem die Zulassung von mehr Psychotherapeutinnen und -therapeuten besonders in ländlichen Regionen sowie der Ausbau des Unterstützungsnetzes, wozu mehr Schulpsychologen und Schulsozialarbeiterinnen zählen. Auch in die Prävention müsse investiert werden, betonen Experten.

AKTUELLES

Schlagzeilen



Erkrankung	Alter	2019	2020	2021	+/- 19-21
Depression	10-14 Jahre	5,6 %	6,2 %	7,2 %	+30 %
	15-17 Jahre	8,7 %	9,3 %	14,4 %	+65 %
Angststörung	10-14 Jahre	2,8 %	2,7 %	3,9 %	+41 %
	15-17 Jahre	9,4 %	8,1 %	11,2 %	+19 %
Essstörung	10-14 Jahre*	-	-	-	-
	15-17 Jahre	3,5 %	4,2 %	6,2 %	+75 %

* Fallzahlen zu gering.

Tabelle 5: Anteil Mädchen mit inzidenter Erkrankung und entsprechender medikamentöser Therapieeinstellung im Inzidenzjahr. Daten DAK-Gesundheit, Datenjahre 2018 – 2021, Falldefinition: M1Q einer gesicherten ambulant-ärztlichen Diagnose und diagnosefreies Vorjahr sowie M1Q eines dokumentierten, relevanten ATC-Codes (Liste auf Anfrage bei den Autoren)

Quelle: Kinder- und Jugendreport 2022

<https://www.dak.de/dak/download/dak-kjr22-vand-report-pdf-2572514.pdf>

Nübling, Psychotherapeutische Versorgung/Qualitätssicherung
Universität Trier, 26.10.2023

Kurzer Exkurs: Bedeutung von Patient Reported Outcomes PROs

182

Bedeutung von Patient Reported Outcomes (PROs) für Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in der medizinischen Rehabilitation – Fortlaufendes Qualitätsmonitoring durch kontinuierliche Rehabilitandenbefragungen

Rüdiger Nübling, Udo Kaiser, David Kriz, Jürgen Schmidt
IQIG – Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen

Kurzfassung

Patient Reported Outcomes (PROs) haben nicht nur für die Routine-Qualitätssicherung bzw. für die Qualitätssicherung eine zentrale Bedeutung, sondern auch für die Qualitätssicherung in der Rehabilitation. Sie werden künftig als Grundlage für die Zuweisung von Ressourcen, für eine frühzeitige Abschätzung der Ergebnisse und für die zeitnahe Identifizierung von Verbesserungspotenzialen genutzt. Der Beitrag beschäftigt sich vor allem mit den Qualitätsanforderungen durch ein Routine-

Schlüsselwörter

Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung, strukturierte Befragung, Routinemonitoring, Patient Reported Outcomes

Meaning of Patient Reported Outcomes (PRO) in rehabilitation – continuous quality monitoring

Abstract

Patient Reported Outcomes (PROs) are very important routine quality assurance and quality management. See and „Just“ data. In the current QM systems and, among of the German pension insurance (Deutsche Rentenversicherung) „rehab success“ and „rehabilitation satisfaction“ be used as the basis for assigning patients to the facility external quality assurance as well as for the timely and von an the method of choice. The article deals also quality improvements through a routine monitoring of

Key words

quality management, quality assurance, structured quality management, quality assurance, Patient Reported Outcomes (PRO)

Ergebnisqualität medizinischer Rehabilitation: Zum Zusammenhang zwischen „Patient Reported Outcomes“ (PROs) und geleisteten Sozialversicherungsbeiträgen

Outcome Quality in Medical Rehabilitation: Relationship Between „Patient-Reported Outcomes“ (PROs) and Social Security Contributions

Autoren

R. Nübling¹, R. Kalusch², C. Kirschak³, D. Kriz⁴, H. Martin⁵, C. Wöhrle⁶, J. Rendani⁷, M. Reuss-Dorst⁸, J. Schmidt⁹, U. Kaiser¹, E. Topfner⁸

Institute

- 1 Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, Karlsruhe
- 2 Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Köln
- 3 DRV Baden-Württemberg
- 4 Schlossklinik Bad Buchau
- 5 Kur- und Sanitätsanstalt Bad Rappenau
- 6 Reha-Zentren der DRV BW
- 7 Institut für sportmedizinische Prävention und Rehabilitation an der Universität Mainz
- 8 Hochschule Rhein-Welt
- 9 Hochschule Rhein-Welt

Schlüsselwörter

Outcomeforschung, Katastrophe, Patient Reported Outcomes (PRO), Return to Work (RTW), Sozialversicherungsbeiträge

Key words

outcomes research, follow-up, patient reported outcomes (PRO), return to work (RTW), social security contributions

Bibliografie

DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0042-110300>
Rehabilitation 2017; 56: 22-30
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0034-3536

Korrespondenzadresse

Dr. Rüdiger Nübling
IQIG – Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen
Wendstraße 1
76185 Karlsruhe
nuebling@iqig.de
www.iqig.de

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der Studie: Die Ergebnisqualität medizinischer Rehabilitation wird häufig mittels „Patient Reported Outcomes“ (PROs) bewertet. Es wird untersucht, inwieweit sich diese PROs in der „Harten“

Autoren

R. Nübling¹, R. Kalusch², C. Kirschak³, D. Kriz⁴, H. Martin⁵, C. Wöhrle⁶, J. Rendani⁷, M. Reuss-Dorst⁸, J. Schmidt⁹, U. Kaiser¹, E. Topfner⁸

Institute

- 1 Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, Karlsruhe
- 2 Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Köln
- 3 DRV Baden-Württemberg
- 4 Schlossklinik Bad Buchau
- 5 Kur- und Sanitätsanstalt Bad Rappenau
- 6 Reha-Zentren der DRV BW
- 7 Institut für sportmedizinische Prävention und Rehabilitation an der Universität Mainz
- 8 Hochschule Rhein-Welt
- 9 Hochschule Rhein-Welt

Schlüsselwörter

Outcomeforschung, Katastrophe, Patient Reported Outcomes (PRO), Return to Work (RTW), Sozialversicherungsbeiträge

Key words

outcomes research, follow-up, patient reported outcomes (PRO), return to work (RTW), social security contributions

Bibliografie

DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0042-110300>
Rehabilitation 2017; 56: 22-30
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0034-3536

Korrespondenzadresse

Dr. Rüdiger Nübling
IQIG – Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen
Wendstraße 1
76185 Karlsruhe
nuebling@iqig.de
www.iqig.de

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der Studie: Die Ergebnisqualität medizinischer Rehabilitation wird häufig mittels „Patient Reported Outcomes“ (PROs) bewertet. Es wird untersucht, inwieweit sich diese PROs in der „Harten“

- **PROs:** Selbsteinschätzungen von Patienten über ihre Gesundheit inkl. Symptome, Funktionsfähigkeit und Lebensqualität (Valderas & Alonso, 2008; Mook et al., 2006)
- **Dimensionen** Prozess-, Ergebnis- („Process and Outcomes of Healthcare“) und Zufriedenheitsmessungen („Satisfaction with Healthcare“)
- **CONSORT-PRO-Arbeitsgruppe:** strikte Trennung “traditionelle Endpunkte“ und PROs nicht mehr sinnvoll → **Integration** (Calvert et al., 2014)
- PROs bislang kaum in klinischen Studien → Forderung nach routinemäßiger Berücksichtigung als **Schlüsselvariablen** für die Messung des Outcomes
- **PROs** wurden in der Evaluations- oder Psychotherapieforschung bereits vor Jahrzehnten eingesetzt, unter dem Begriff „self reports“

Nübling et al. (2018b)

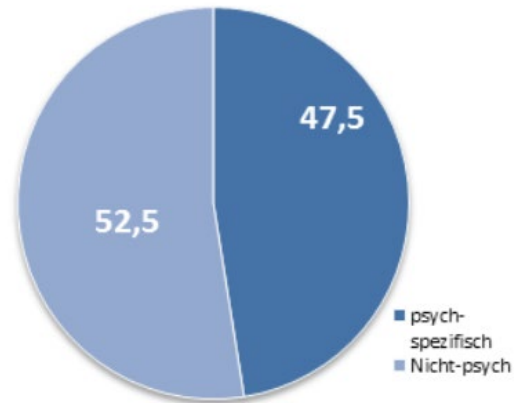
Nübling et al. (2017)

PROs ...

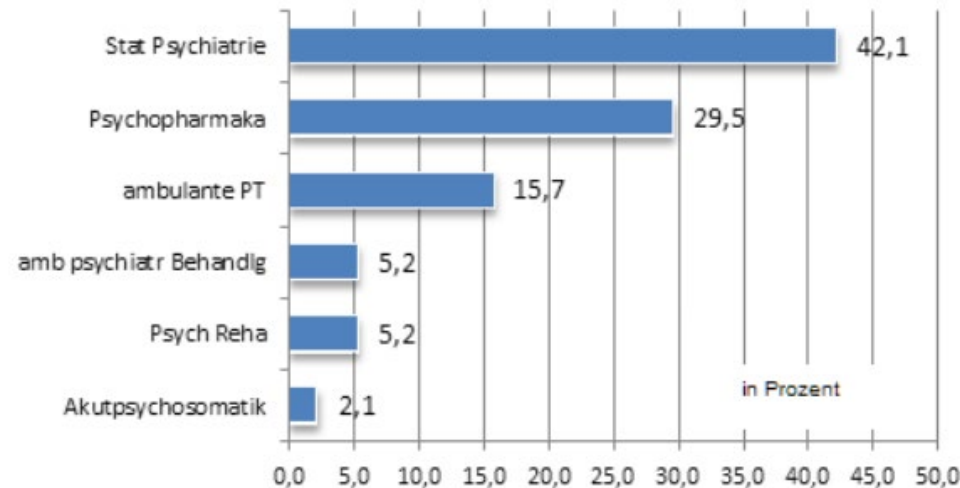
- messen, was nur der Patient weiß/wissen kann
- ermöglichen eine systematische/reliable Messung von Symptomen
- sind meist/oft reliabler als Beobachtungen von „Health Professionals“
- ergänzen Informationen, die durch Behandlung und physiologische Tests bekannt sind
- passen zu einem kooperativen Modell der Gesundheitsversorgung (partizipative Entscheidungsfindung)
- erhöhen möglicherweise die Bereitschaft von Patienten, sich auf die Behandlung einzulassen

Ausgaben für psychische Erkrankungen (hier: 2012) und Verteilung auf Versorgungsbereiche

Gesamtausgaben: 20 Mrd. €, davon 9.5 Mrd. € für „psych-spezifische“ Interventionen



Prozentuale Verteilung der Kosten von „psych-spezifischen“ Interventionen auf unterschiedliche Versorgungsbereiche



4,0 Mrd. € stationäre psychiatrische Versorgung

2,8 Mrd. € Psychopharmaka

0,5 Mrd. € ambulante psychiatrische Versorgung

0,5 Mrd. € für Psychosomatische Rehabilitation.

0,2 Mrd. € Akut-Psychosomatik

1,5 Mrd. € ambulante Psychotherapie

Aktuell/2020: analoge Größenverhältnisse

Quelle: DeStatis, Nübling et al. (2014a)

Dokumentation von Psychotherapie (2 Beispiele)

Stationäre Psychiatrie: Uniklinik Innsbruck

Psychosomatische Rehabilitation: Psychosom Kliniken Bad Pyrmont/Clausthal-Zellerfeld

Tab. 2 Übersicht der verwendeten Selbstberichte von Patienten („patient-reported outcomes“, PROs)

PROs		Gemessene Konstrukte
BSI	Brief Symptom Inventory [23]	Psychische Belastung, allgemeine psychopathologische Symptome
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality Of Life Kurzform [25]	Lebensqualität
BDI-II	Beck-Depressions-Inventar II [21]	Depression
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale [45]	Angst und Depression
FEVER	Fragebogen zur Erfassung von Veränderungsbereitschaft [46, 47]	Veränderungsbereitschaft
B-IPQ	Brief-Illness Perception Questionnaire [48]	Krankheitswahrnehmung
NRS-SQ, NRS-SI	Numerische Ratingskalen [49]	Schlafqualität, Schmerzintensität

Quelle: Egeter et al. (2018)

Tab. 1. In das RAP einbezogene Verfahren.

	Inhalt	A	E	K*
Selbstbeurteilung Patienten/Rehabilitanden				
ISR	ICD-10-Symptom-Rating [42]	x	x	x
HEALTH-49	Hamburger Module [41]	x	x	x
ICF AT 50 – Psych	Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen [31]	x	x	x
WS	Würzburger Screening [34]	x		x
SIBAR	Screening-Instrument Arbeit und Beruf [35]	x		x
DIAMO	Diagnostikinstrument für Arbeitsmotivation [36, 37]	x		
HAQ	Helping Alliance Questionnaire [43]	x	x	x
BDI II	Beck Depressionsinventar [26]	x	x	x
GB10	Gesundheitliches Befinden	x	x	x
BESS, VM	Veränderungsskalen [46, 47]		x	x
ZUF-8	Patientenzufriedenheit [44]		x	x
B-PFB	Basis-Patientenfragebogen	x	x	x
Fremdbeurteilung Psychotherapeuten				
GAF	Global Assessment of Functioning [48]	x	x	
GARF	Globales Funktionsniveau von Beziehungen [49]	x	x	
B-TFB	Basis-Therapeutenfragebogen	x	x	

*Optional.

Quelle: Nübling et al. (2018)

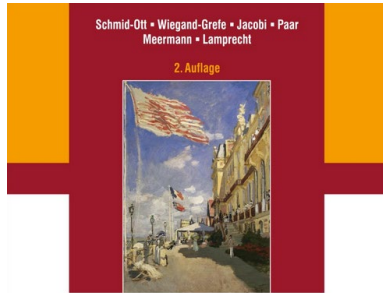
QS/Dokumentation von Psychotherapie – häufige Instrumente

► **Tab. 1** Beispielhafte psychometrische Instrumente zur Verlaufs- und Ergebniskontrolle in der Psychotherapie.

Instrumente	Itemanzahl	Lizenzpflichtig
Störungsübergreifend		
Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)	90	ja
Brief Symptom Inventory (BSI)	53	ja
Outcome-Questionnaire (OQ-45.2)	45	ja
Fragebogen zur Evaluation von Therapieverläufen (FEP-2)	40	nein
Clinical Outcomes in Routine Evaluation System (CORE)	34	nein
Outcome-Rating-Scale (ORS)	4	nein
Störungsspezifisch		
Beck Depressionsinventar (BDI-II)	21	ja
Patient-Health-Questionnaire (PHQ-9)	9	nein
Generalized Anxiety Disorder 7-Item Skala (GAD-7)	7	nein

Quelle: Rubel et al. (2017)

Struktur des 5-Punkte-QS-Programms der DRV (1995ff)



Rehabilitation in der Psychosomatik

Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement

8 Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

8.1 Einleitung

J. Schmidt, R. Nübling und G. Schmid-Ott

„Wenn der Mensch nicht weiß, welchen Hafen er anlaufen soll, ist kein Wind der richtige“ (Seneca)

„Im Mittelpunkt unserer Bemühungen stehen unsere Patienten. Auf ihre Bedürfnisse haben wir unsere therapeutischen Angebote ausgerichtet...“ (Typische Formulierung in vielen QM-Handbüchern bzw. Leitfäden von Kliniken)

Nachfolgend geht es um die „Qualität“ der stationären psychosomatischen Rehabilitation, konkreter: um Qualitätsaspekte, die durch Maßnahmen der Qualitätssicherung (QS) und des Qualitätsmanagements (QM) gesichert, gestärkt und weiterentwickelt werden sollen. Im Sektor der medizinischen Rehabilitation hat sich in den vergangenen 20 Jahren nach und nach ein duales System von externer Qualitätssicherung und internem Qualitätsmanagement entwickelt, das in seinem Durchdringungsgrad im deutschen Gesundheitswesen beispielhaft ist. Die Rehabilitationsträger (Deutsche Rentenversicherung, Gesetzliche Krankerversicherung) haben umfassende, einrichtungsübergreifende externe QS-Programme entwickelt und umgesetzt, die lückenlos alle Rehabilitationskliniken in Deutschland einbeziehen. Das einrichtungsinterne QM ist vom

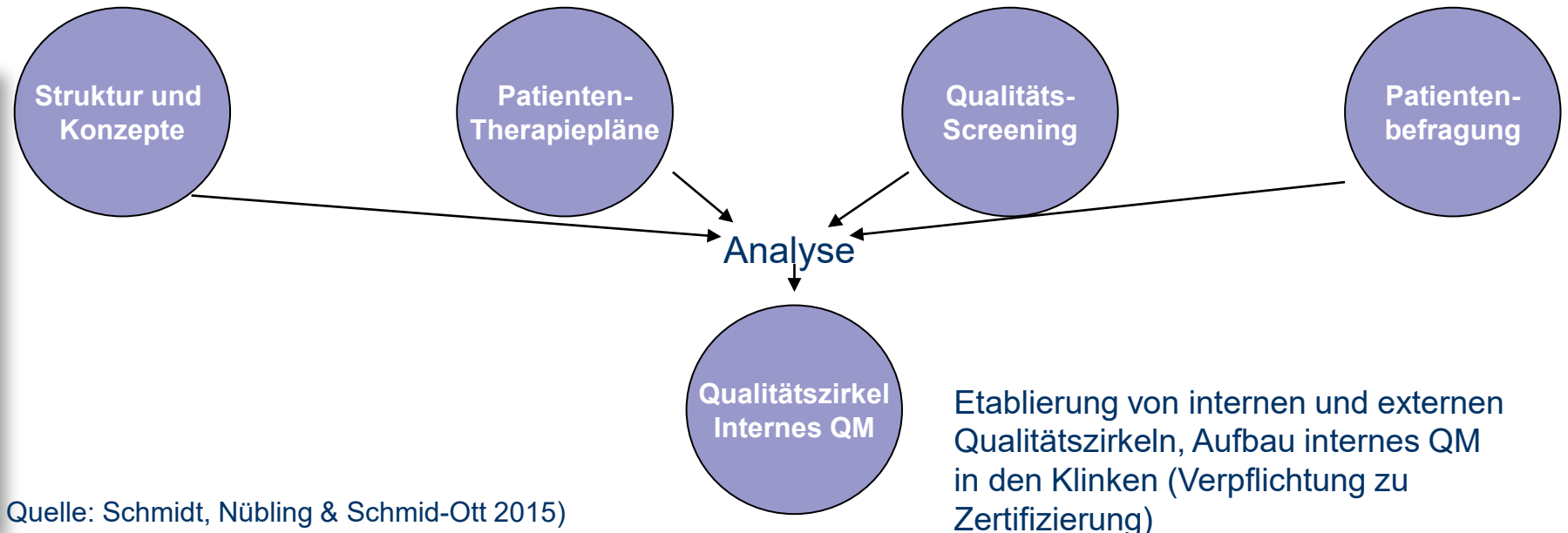
Gesetzgeber in die Verantwortung der Leistungserbringer (Rehabilitationseinrichtungen) gelegt worden, der Gesetzgeber hat darüber hinaus eine Zertifizierungspflicht der eingesetzten QM-Systeme verordnet. Der Beitrag gibt einen Überblick über Zielsetzungen, Inhalte und Umsetzungsstand dieser „dualen“ Aktivitäten und beleuchtet kritisch den aktuellen Sachstand. Zusammenfassende Darstellungen der historischen Entwicklung findet man z. B. bei Heise (2009) und Vogel und Neudorfl (2003). Um es vorweg zu sagen: Die Qualität der psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung ist den Autoren dieses Beitrags seit über 25 Jahren ein großes Anliegen. Neben die anfängliche Begeisterung sind inzwischen aber auch einige Bedenken getreten: Aus der Idee des QM hat sich ein regelreicher „QM-Markt“ entwickelt, der Wettbewerb hat zu einer zunehmenden Flut verschiedenartiger Qualitätsversprechen (z. B. Zertifikate, Gütesiegel, Qualitätsberichte, Qualitätsportale etc.) geführt, die hinterfragt werden müssen. Gemäß der Leitfrage: „Ist da auch Qualität drin, wo Qualität drauf steht?“ fällt es heute nicht nur Patienten schwer, die Reichweite und Aussagefähigkeit vielfältiger Qualitätsverheißungen angemessen zu bewerten.

Jährliche Erfassung von personeller/sächlicher Ausstattung, Indikationen, Angebotsstruktur und Behandlungskonzept je Klinik

Jährliche Erhebung Behandlungspläne für Hauptindikationsgruppe je Klinik

Peer Review Behandlung an zufällig ausgewählten Patienten, Klinik-Vergleiche

Messung Reha-Zufriedenheit und -Erfolg an zufällig ausgewählten Patienten, katamnestische Befragung Klinik-Vergleiche



Quelle: Schmidt, Nübling & Schmid-Ott 2015)

Beispiel Benchmarking Klinikvergleiche (Skalenübersicht)

Darstellung in Qualitätspunkten (0-100)

Träger I	Multipler Qualitätsindex (MQI)	Anzahl N	Skala Ärztliche Betreuung	Psychologische Betreuung			Skala Zufriedenheit mit Betreuung	Skala Behandlungsmaßnahmen	Skala Beratungen und Hilfen	Skala Vorträge, Seminare und Scr	Skala Rehabilitationsthemen	Skala Therapieablauf	Organisation und Service		Skala Verpflegung	Nachsorge			Skala Veränderungen durch Reha	Skala Allgemeine Bewertung	Skala Multipler Qualitätsindex (M)
				Skala Psychologische Betreuung	Skala Pflegerische Betreuung	Skala Pflegerische Betreuung							Skala Freizeit	Skala Nachsorgevorbereitung		Skala Erwerbsfähigkeit					
Klinik 1	496	70,8	78,8	91,2	79,0	84,8	69,8	77,0	67,2	86,1	81,0	61,4	79,3	64,3	68,5	66,0	75,8	81,9	75,3		
Klinik 2	277	69,3	84,4	87,7	78,8	84,3	67,6	77,4	64,3	85,2	79,2	60,9	76,4	64,0	67,5	58,0	74,1	81,4	74,1		
Klinik 3	265	81,0	85,9	82,8	82,3	86,1	70,6	80,2	73,0	85,8	80,9	61,2	79,4	66,3	71,9	62,3	78,0	83,0	77,0		
Klinik 4	559	77,4	87,0	82,9	83,1	81,4	62,7	77,1	63,0	70,8	79,5	75,4	85,5	65,5	60,7	69,4	78,0	85,4	75,4		
Klinik 5	683	82,1	84,1	83,8	82,6	81,1	63,0	78,2	64,9	72,4	80,4	76,6	84,0	66,7	58,9	73,0	78,1	84,3	76,1		
Klinik 6	1415	78,2	75,3	86,1	80,5	81,1	82,2	73,6	66,7	73,0	79,9	82,6	82,4	63,7	68,0	63,1	75,4	83,6	76,3		
Klinik 7	410	76,5	69,8	85,5	79,1	80,6	78,9	74,7	66,9	74,4	78,9	83,0	82,0	61,7	59,4	61,3	75,5	79,6	74,8		
Klinik 8	140	73,8	73,9	79,8	75,9	79,1	83,0	68,3	63,3	75,5	75,7	79,0	79,2	58,2	65,2	54,5	71,0	76,2	72,4		
Klinik 9	939	83,3	85,5	88,4	84,2	84,4	76,1	78,1	71,2	87,1	80,3	80,7	83,2	58,6	71,5	68,1	76,5	85,4	79,1		
Klinik 12	80	81,3	86,9	88,7	84,5	83,6	78,9	77,4	74,6	85,3	81,2	81,3	81,5	64,1	74,5	58,9	71,4	83,3	78,6		
Klinik 11	1459	71,6	77,0	90,9	79,3	83,3	71,9	77,6	65,9	85,3	81,9	69,7	82,4	66,4	66,3	62,5	75,4	80,7	75,8		